

FRANCISCO JOSÉ ARAGÃO PEDROZA CUNHA

**DA ADESÃO À PARTICIPAÇÃO EM UMA REDE DE HOSPITAIS COMO
PROMOÇÃO DA APRENDIZAGEM ORGANIZACIONAL E DA
INOVAÇÃO GERENCIAL:
UM OLHAR SOBRE A REDE INOVARH-BA**

Tese apresentada ao Curso de Doutorado Multi-institucional e Multidisciplinar em Difusão do Conhecimento, da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Difusão do Conhecimento.

Orientadores: Prof^a Dr^a Núbia Moura Ribeiro
Prof. Dr. Hernane Borges de Barros
Pereira

Salvador
2012

SIBI/UFBA/Faculdade de Educação – Biblioteca Anísio Teixeira

Cunha, Francisco José Aragão Pedroza.

Da adesão à participação em uma rede de hospitais como promoção de aprendizagem organizacional e da inovação gerencial : um olhar sobre a Rede InovarH- BA / Francisco José Aragão Pedroza Cunha. – 2012.

300 f. : il.

Orientadores: Profa. Dra. Núbia Moura Ribeiro, Prof. Dr. Hernane Borges de Barros Pereira.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Educação, Salvador, 2012.

1. Rede de Inovação e Aprendizagem em Gestão Hospitalar – Bahia. 2. Hospitais – Administração - Bahia. 3. Sistema Único de Saúde (Brasil). 4. Aprendizagem organizacional. 5. Inovações tecnológicas. I. Ribeiro, Núbia Moura. II. Pereira, Hernane Borges de Barros. III. Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Educação. IV. Título.

CDD 362. 098142 – 22. ed.

FRANCISCO JOSÉ ARAGÃO PEDROZA CUNHA

**DA ADESÃO À PARTICIPAÇÃO EM UMA REDE DE HOSPITAIS COMO
PROMOÇÃO DA APRENDIZAGEM ORGANIZACIONAL E DA
INOVAÇÃO GERENCIAL:
UM OLHAR SOBRE A REDE INOVARH-BA**

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Difusão do Conhecimento, na Universidade Federal da Bahia, à seguinte banca examinadora:

Núbia Moura Ribeiro – Orientadora – _____
Doutora em Engenharia Química, Universidade Federal do Rio de Janeiro (BR)
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Bahia

Hernane Borges de Barros Pereira – Orientador – _____
Doutor em Engenharia Multimídia, *Universita Politècnica de Catalunya* (ES)
Universidade Estadual de Feira de Santana

Aida Varela Varela – _____
Doutora em Ciência da Informação, Universidade de Brasília (BR)
Universidade Federal da Bahia

Dante Augusto Galeffi – _____
Doutor em Educação, Universidade Federal da Bahia (BR)
Universidade Federal da Bahia

Marta Lígia Pomim Valentin – _____
Doutora em Ciências da Comunicação, Universidade de São Paulo (BR)
Universidade Estadual Paulista

Mônica de Aguiar Mac-Allister da Silva – _____
Doutora em Administração, Universidade Federal da Bahia (BR)
Universidade Federal da Bahia

Trazíbulo Henrique Pardo Casas – _____
Doutor em Informática na Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (BR)
Universidade Estadual de Feira de Santana

Salvador, 29 de Junho de 2012.

À população brasileira.
Aos gestores, profissionais, pesquisadores e (re)formuladores do Sistema
Único de Saúde (SUS).
Aos Ministérios da Saúde, da Ciência, Tecnologia e Inovação,
e da Educação.

AGRADECIMENTOS

À natureza da natureza, a vida da vida, a humanidade da humanidade, a **José Augusto** e a **Célia Maria**.

À **tessitura** de sujeitos (físicos e jurídicos).

Às ideias das **ideias** de Helena Pereira da Silva, de Vera Mendes, de Othon Jambeiro, de Gey Espinheira, de Edward McRei, de Neyde Marques, de Amílcar Baiardi, de Arnaud Soares de Lima Jr, de Aida Varela, de Francisco Teixeira e de Teresinha Fróes Burnham para o *start-up* desta pesquisa.

Ao estímulo permanente dos **professores** Núbia Ribeiro e Hernane Pereira.

A todos os professores, colegas e funcionários do **DMMDC**.

Às **amadas**: Eveline, Alana, Simone, Carolina, Flávias, Jussara, Marihita, Ana Licks, Norminha, Nairzinha, Silvinhas, Lilian, Tânia, Dinha, Veras, Bia, Márcia, Zetinha e Mila.

Aos **amados**: Clóvis, Zé Luiz, Jef, Josafá, Julio, Maurício, Marcelos, Daniel, Albano, Leobino, Afrânio e Lamartine.

Aos **amigos**, por estarem presentes nos momentos das catarses provocadas pelo caminhar epistemológico.

À **CAPES**, ao **CNPq**, à **FAPESB**, à **SECTI**.

Aos **colegas** do Departamento de Documentação e Informação – **ICI/UFBA**.

A Vera Mendes, Alem Silva, Horácio Hastenreiter Filho, Edvânia Landim e Gustavo Machado ⇔ **Rede InovarH-BA**. A José Paranaguá e a Félix Rigoli ⇔ **OPAS**. A Ana Maria Malik ⇔ **FGV-SP** e a Ceci Misoczski ⇔ **UFRGS**.

A Núbia, que viabilizou um olhar crítico e científico sobre **AO** e **IG**.

A Hernane, que viabilizou um olhar crítico e científico sobre **ARS**.

À **colaboração** de Janssen Costa na **AC** e de Nídia Lubisco, Susane Barros, Flávia Rosa, Urânia Araújo, Maria Auxiliadora, Marize Pitta, Eveline Gonçalves, Tiana Azevedo, Núbia e Hernane na **concertação** final deste documento.

Aos professores Marta Valentin, Mônica Mac-Allister, Teresinha Fróes Burnham e Dante Galeffi, pelas sugestões no momento da **qualificação**.

Especiais à **Carolina**.

Aos meus tios **Lucinha** e **Benedito**, pelas acolhidas carinhosas.

À família de **Ashford**: Maria Célia, Christopher, Hamish, Juliana e Ryan.

A Núbia e ao Hernane, **companheiros** no devir da pesquisa, sugerindo caminhos a serem percorridos, em particular, o da **Difusão do Conhecimento**.

Por finalizar, ao **Senso Comum**, às **Ciências** e a todos os curiosos.

O meu olhar é nítido como um girassol.
Tenho o costume de andar pelas estradas
Olhando para a direita e para a esquerda,
E de vez em quando olhando para trás...
E o que vejo a cada momento
É aquilo que nunca antes eu tinha visto,
E eu sei dar por isso muito bem...
Sei ter o pasmo comigo
Que tem uma criança se, ao nascer,
Reparasse que nascera deveras...
Sinto-me nascido a cada momento
Para a eterna novidade do mundo...

Creio no mundo num malmequer,
Porque o vejo. Mas não penso nele
Porque pensar é não compreender...
O mundo não se fez para pensarmos nele
(Pensar é estar doente dos olhos)
Mas para **olharmos** para ele e **estarmos de acordo.**

Eu não tenho filosofia: **tenho sentidos...**
Se falo na Natureza não é porque saiba o que ela é,
Mas porque a amo, e amo-a por isso,
Porque quem ama nunca sabe o que ama
Nem sabe porque ama, nem o que é amar...

Amar é a eterna inocência,
E a única inocência é não pensar...

(PESSOA, 2007, p. 16)

RESUMO

CUNHA, Francisco José Aragão Pedroza. *Da adesão à participação em uma rede de hospitais como promoção da aprendizagem organizacional e da inovação gerencial: um olhar sobre a Rede InovarH-BA*. 333 p. 2012. Tese (Doutorado em Difusão do Conhecimento) - Faculdade de Educação, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2012.

A Rede de Inovação e Aprendizagem em Gestão Hospitalar (Rede InovarH-BA) foi criada na perspectiva de favorecer o compartilhamento de práticas gerenciais e o surgimento de inovações entre organizações hospitalares. A necessidade de analisar se ela cumpre a sua missão foi um dos principais elementos motivadores desta pesquisa. A tese teve como objetivo analisar as relações entre a participação das organizações da Rede InovarH-BA e a promoção da aprendizagem organizacional e da inovação gerencial entre elas. Para isto, foram pesquisados e discutidos aportes conceituais sobre redes sociais, sistemas de saúde e de inovação, aprendizagem organizacional e inovações gerenciais. Considera-se que as redes sociais potencializam o intercâmbio de dados e informações, exigindo dos sujeitos um *habitus* que favorece os processos de aprendizagem organizacional e o surgimento de inovações gerenciais. Como base epistêmica para a produção e análise do conhecimento implícito nesta tese, foi escolhido o pensamento complexo. A pesquisa de campo foi realizada mediante entrevistas com os gestores da Rede InovarH, e gestores vinculados a instâncias do Sistema Único de Saúde (SUS) e de sistemas local de inovação (SLI), além de aplicação de questionário a representantes dos hospitais que assinaram o Termo de Adesão à Rede InovarH-BA. O tratamento das informações valeu-se das seguintes técnicas: análise de conteúdo, estatística descritiva e análise de redes sociais. Os resultados demonstram que a Rede InovarH-BA articula os processos de qualificação profissional e favorece as relações entre sujeitos. Esses processos são configurados como mecanismos de difusão de conhecimento, que servem de base para a aprendizagem organizacional e a inovação gerencial. Entretanto, prevalecem interações intraorganizacionais, com pouca interação interorganizacional nos hospitais que compõem a Rede InovarH-BA. Algumas tecnologias avançadas de gestão propostas pela Rede InovarH-BA, a exemplo do Sistema de Informação Gerencial (SIG), não foram assimiladas pelos hospitais. Além das considerações finais, o trabalho apresenta uma reflexão sobre as limitações e as perspectivas da Rede InovarH-BA.

Palavras-Chave: Redes Sociais de Inovação e Aprendizagem. Rede InovarH-BA. Aprendizagem Organizacional. Inovação Gerencial. SLI. SUS. Hospitais.

ABSTRACT

CUNHA, Francisco José Aragão Pedroza. *Relation between accession and membership in hospital network aiming to promote organizational learning and innovation management: a look at the Rede InovarH-BA*. 333 pp. 2012. Thesis (Doctorate in Knowledge Diffusion) - Faculdade de Educação, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2012.

The *Rede de Inovação e Aprendizagem em Gestão Hospitalar* (Rede InovarH-BA) was created in order to promote management sharing practices and the introduction of innovating products among hospitals. The need to analyze whether this network fulfills its mission was one of the main motives for this research. This thesis aims to analyze the relationship between the participation of organizations of the Rede InovarH-BA and the promotion of organizational learning and innovation management among them. In order that, conceptual contributions on social networks, health and innovation systems, organizational learning and managerial innovations were researched and discussed. It is considered that social networks enhance the exchange of data and information, thus requiring a *habitus* that favors the processes of organizational learning and the generation of management innovations. Complex thinking was chosen as epistemic basis for the production and analysis of implicit knowledge in this thesis. The field research was conducted through interviews with: managers of Rede InovarH, managers linked to instances of the *Sistema Único de Saúde* (SUS), managers of local innovation systems (SLI), and through a questionnaire with representatives of hospitals that signed the Entry Form of Rede InovarH-BA. Information processing was done by the following techniques: content analysis, descriptive statistics and social network analysis. The results show that the Rede InovarH-BA articulates the processes of qualification and promotes the development of relationships between subjects. These processes are configured as mechanisms for diffusion knowledge and serve as a basis for organizational learning and innovation management. However, intra-organizational interactions prevail with few interactions among hospitals that constitute the Rede InovarH-BA. Some advanced management technologies proposed by the Rede InovarH-BA, such as the Management Information System (SIG) for example, have not been assimilated by the hospitals. The paper also presents a reflection of the limitations and perspectives of Rede InovarH-BA.

Keywords: Social Networks of Innovation and Learning. Rede InovarH-BA. Organizational Learning. Management Innovation. SLI. SUS. Hospitals.

RESUMEN

CUNHA, Francisco José Aragão Pedroza. *Desde la adhesión hacia la participación en una red de hospitales como promoción de aprendizaje organizacional y de la innovación gerencial: una mirada sobre la Rede InovarH-BA*. 333 p. 2012. Tesis doctoral (Doctorado en Difusión del Conocimiento), Faculdade de Educação, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2012.

La creación de la *Rede de Inovação e Aprendizagem em Gestão Hospitalar* (Rede InovarH-BA) tuvo la perspectiva de compartir prácticas gerenciales y la aportación de innovaciones entre organizaciones hospitalarias. La necesidad de analizar el cumplimiento de su misión constituye uno de los elementos motivadores de esta investigación. El objetivo de la tesis fue analizar las relaciones entre la participación de las organizaciones de la Rede InovarH-BA y la promoción del aprendizaje organizacional y de la innovación gerencial entre ellas. Ante ello, se ha investigado y discutido los aportes conceptuales acerca de las redes sociales, de los sistemas de salud y innovación, del aprendizaje organizacional y de las innovaciones gerenciales. Se defiende la idea que las redes sociales potencian el intercambio de datos e informaciones, hecho que exige un *habitus* por parte de los sujetos lo cual beneficia los procesos de aprendizaje organizacional y el surgimiento de innovaciones gerenciales. Se ha elegido el pensamiento complejo como base epistémica para la producción y análisis del conocimiento implícito en esta tesis. La investigación práctica se la ha hecho por medio de entrevistas con los gestores de la Rede InovarH y aquellos vinculados a distintos rangos del *Sistema Único de Saúde* (SUS) y del *Sistema Local de Innovación* (SLI), además de aplicar cuestionarios a representantes de los hospitales firmantes del Acuerdo de Adhesión a la Rede InovarH-BA. Se utilizaron las siguientes técnicas para el tratamiento de las informaciones: análisis de contenido, estadística descriptiva y análisis de las redes sociales. Los resultados demuestran que la Rede InovarH-BA articula los procesos de calificación profesional y favorece las relaciones entre los sujetos. Dichos procesos se configuran como mecanismos de difusión del conocimiento los cuales son útiles para el aprendizaje organizacional y la innovación gerencial. Sin embargo, las intraactuaciones intraorganizacionales prevalecen y poca es la interactuación interorganizacional en los hospitales que componen la Rede InovarH-BA. Algunas tecnologías avanzadas de gestión, propuestas por la Rede InovarH-BA (ej.: el Sistema de Información Gerencial – SIG) aún no las asimilaron los hospitales. Además de las consideraciones finales, el presente trabajo incluye una reflexión acerca de las limitaciones y las perspectivas de la Rede InovarH-BA.

Palavras clave: Redes Sociales de Innovación y Aprendizaje. Rede InovarH-BA. Aprendizaje organizacional. Innovación gerencial. SLI. SUS. Hospitales.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Representação do Triângulo de Sábato	70
Figura 2	Complexo industrial da saúde: caracterização geral	76
Figura 3	O Anel Tetralógico	86
Figura 4	Relação entre as gestões	109
Figura 5	Mapa Conceitual sobre os principais processos de aprendizagem preconizados nas Teorias da Firma	131
Figura 6	Palavras-chave de um Portal Colaborativo	135
Figura 7	Arquitetura do Portal da Rede InovarH-BA	137
Figura 8	Camada de Apresentação do Portal da Rede InovarH	138
Figura 9	Síntese de questões discutidas no NS1	186
Figura 10	Síntese de questões discutidas no NS2	190
Figura 11	Síntese de questões discutidas no NS3	195
Figura 12	Síntese de questões discutidas no NS4	199
Figura 13	Síntese de questões discutidas no NS5	206
Figura 14	Síntese de questões discutidas no NS6	209
Figura 15	Síntese de questões discutidas no NS7	214
Figura 16	Síntese de questões discutidas no NS8	218
Figura 17	Síntese de questões discutidas no NS9	222
Figura 18	Modelagem da rede de afiliação (Organização-Evento)	250
Figura 19	Vértices com tamanhos de acordo com os seus respectivos graus	252
Figura 20	Grau de participação das organizações nos eventos de 2006	253
Figura 21	Grau de participação das organizações nos eventos de 2007	253
Figura 22	Grau de participação das organizações nos eventos de 2008	253
Figura 23	Grau de participação das organizações nos eventos de 2009	254
Figura 24	Grafo da Rede do Tipo 1 ⇔ Colaborar ⇔ Contexto 1 ⇔ Todos os respondentes	260
Figura 25	Grafo da Rede do Tipo 1 ⇔ Colaborar ⇔ Contexto 2 ⇔ Líderes	261
Figura 26	Grafo da Rede do Tipo 2 ⇔ Receber Informações ⇔ Contexto 1 ⇔ Todos os respondentes	261
Figura 27	Grafo da Rede do Tipo 2 ⇔ Receber Informações ⇔ Contexto 2 ⇔ Líderes	262
Figura 28	Grafo da Rede do Tipo 3 ⇔ Fornecer Informações ⇔ Contexto 1 ⇔ Todos os respondentes	263
Figura 29	Grafo da Rede do Tipo 3 ⇔ Receber Informações ⇔ Contexto 2 ⇔ Líderes	263
Figura 30	A Rede InovarH-BA sob a ótica de um SLI	271
Figura 31	Modelo SECI, os quatro Ba e os ativos do conhecimento associados à Rede InovarH-BA	273

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Gráfico ilustrando o sexo dos respondentes	224
Gráfico 2	Gráfico ilustrando a faixa de idade dos respondentes	224
Gráfico 3	Gráfico ilustrando há quanto tempo os respondentes concluíram o ensino superior	225
Gráfico 4	Gráfico ilustrando a titulação mais elevada dos respondentes	225
Gráfico 5	Gráfico ilustrando o tempo de trabalho dos respondentes no hospital	225
Gráfico 6	Gráfico ilustrando o setor de atuação no hospital (i.e. assistencial e administrativo)	225
Gráfico 7	Gráfico ilustrando a atuação dos respondentes nos hospitais	226
Gráfico 8	Percentual de grau de concordância nas respostas às assertivas sobre processos e procedimentos de inovação, aprendizagem e interação	227
Gráfico 9	Percentual de grau de concordância nas respostas às assertivas sobre aprendizagem organizacional	228
Gráfico 10	Percentual de grau de concordância nas respostas às assertivas sobre inovação gerencial	230
Gráfico 11	Percentual de grau de concordância nas respostas às assertivas sobre Redes e SLI	233
Gráfico 12	Percentual de grau de concordância nas respostas às assertivas sobre os objetivos da Rede InovarH-BA	235
Gráfico 13	Percentual da adoção de ferramentas de aprendizagem e compartilhamento de informações usadas nos hospitais	238
Gráfico 14	Percentuais das práticas de gestão usadas nas organizações hospitalares	239
Gráfico 15	Percentuais dos meios para incorporação de novos conhecimentos às práticas de gestão nos hospitais	240
Gráfico 16	Percentuais das principais fontes de ideias, informações e conhecimentos das organizações hospitalares	241
Gráfico 17	Percentuais dos serviços assistenciais nos quais houve maior proporção de melhorias de procedimentos nas organizações hospitalares	244
Gráfico 18	Percentuais nos serviços administrativos nos quais houve maior proporção de melhorias de procedimentos nas organizações hospitalares	245

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Bases Conceituais sobre Redes Sociais	51
Quadro 2	Pontos da Lei Orgânica de Saúde (LOS) n. 8.080/90 ⇔ Princípios da Sociedade em Rede	66
Quadro 3	Comparação sintética e não exaustiva das limitações, potencialidades e características das distintas formas de pensar	84
Quadro 4	Paralelismo entre os princípios-guia do pensamento complexo e a abordagem sobre redes e sistemas de serviços em saúde (i.e. Capítulo 2)	89
Quadro 5	Principais correntes teóricas da aprendizagem organizacional	97
Quadro 6	As cinco disciplinas de Senge	101
Quadro 7	Tipos de Redes de Inovação	120
Quadro 8	Atributos das inovações	123
Quadro 9	Características das Gerações de Portais	136
Quadro 10	Paralelismo entre os princípios-guia do pensamento complexo e a abordagem sobre aprendizagem, inovação e redes sociais (i.e. Capítulo 3)	147
Quadro 11	Fontes e Instrumentos de pesquisa relacionados ao método de análise e às bases da tese	154
Quadro 12	<i>Locus</i> , População e Sujeitos da Pesquisa	157
Quadro 13	Categorias e Núcleos de Sentido/Significado	167
Quadro 14	Modelo de Desenvolvimento Econômico – Indústria de Serviços em Saúde	266
Quadro 15	Projetos da Rede InovarH-BA e Objetivos	267

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Planejamento do levantamento de informações e relação com os sujeitos da pesquisa	160
Tabela 2	Relação das Instâncias e dos Sujeitos (i.e. B _{1 a 5} sujeitos = Rede InovarH, C _{1 a 13} sujeitos = SUS e SLI, H _{1 a 37} = Hospitais) do Levantamento das Informações (i.e. E _{1 a 18} = Entrevistas, Q _{1 a 61} = Questionários).....	162
Tabela 3	Categorias (C) e as Frequências (F) e os Percentuais (%) dos Núcleos de Sentido (NS)	180
Tabela 4	Informações gerais da Rede de Afiliação (Organização-Evento) conforme ano de acontecimento dos eventos	254
Tabela 5	Índices Iniciais das Redes ⇔ vértices (n = IVI), arestas (m = IEI), maior componente, coeficiente de aglomeração (C), caminho mínimo médio (L), grau médio (K), densidade (Δ)	257
Tabela 6	Índices das Redes com Componentes maiores ⇔ vértices (n = IVI), arestas (m = IEI), coeficiente de aglomeração (C), caminho mínimo médio (L), grau médio (K), densidade (Δ)	259

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AC	Análise de Conteúdo
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APL	Arranjo Produtivo Local
AO	Aprendizagem Organizacional
ARS	Análise de Redes Sociais
Ba	Espaço de Interação
BA	Bahia
BR	Brasil
C	Categorias
CEIS	Complexo Econômico-Industrial da Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CGSAU	Coordenação Geral de Pesquisa em Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CT&I	Ciência, Tecnologia e Inovação
CT&IS	Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde
DECIT	Departamento de Ciência e Tecnologia
DF	Distrito Federal
DMMDC	Doutorado Multidisciplinar e Multi-institucional em Difusão do Conhecimento
DPT	Diretoria de Programas Temáticos e Setoriais
EA	Escola de Administração
EaD	Ensino à Distância
EESP	Escola Estadual de Saúde Pública
ES	Espanha
F	Frequências
FACED	Faculdade de Educação
FAPESB	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia
FEA	Fundação da Escola de Administração
FGV	Fundação Getulio Vargas
FIEB	Federação das Indústrias do Estado da Bahia
FINEP	Financiadora de Estudos e Projetos
GesPública	Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização
ICI	Instituto de Ciência da Informação
IFBA	Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Bahia
IHAC	Instituto de Humanidades, Artes e Ciências
IN	Inovação Gerencial
InovarH	Inovação e Aprendizagem em Gestão Hospitalar
INPI	Instituto Nacional de Propriedade Industrial
LNCC	Laboratório Nacional de Computação Científica
LOA	Lei Orçamentária Anual
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MCTI	Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação
MS	Ministério da Saúde
NCPA	Núcleo de Capacitação Avançada

NEA	Núcleo de Extensão
NOB	Normas Operacionais Básicas
NPGA	Núcleo de Pós Graduação em Administração
NS	Núcleos de Sentido
OCDE	Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OE	Objetivo Específico
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONGs	Organizações não governamentais
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OSCIPIs	Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
P&D	Pesquisa e Desenvolvimento
PO	Pressupostos
PTE	Paradigma Técnico Econômico
RdS	Redes Sociais
Rede InovarH-BA	Rede de Inovação e Aprendizagem em Gestão Hospitalar - Bahia
REGESUS	Rede de Ensino para a Gestão Estratégica do Sistema Único de Saúde
RS	Rio Grande do Sul
SCTIE	Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
SECTI	Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação do Estado da Bahia
SENAI-CIMATEC	Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial - Centro Integrado de Manufatura e Tecnologia
SESAB	Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
SIC	Serviços Intensivos em Conhecimento
SIG	Sistema de Informação Gerencial
SLI	Sistema Local de Inovação
SNI	Sistema Nacional de Inovação
SP	São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
TC	Termo de Cooperação
TIC	Tecnologias de Informação e Comunicação
TGS	Teoria Geral dos Sistemas
UEFS	Universidade Estadual de Feira de Santana
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UNEB	Universidade do Estado da Bahia

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	31
1.1	INTERESSE E DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA	32
1.2	OBJETIVOS	41
1.2.1	Geral	41
1.2.2	Específicos	41
1.3	JUSTIFICATIVA E CONTRIBUIÇÕES	41
1.4	ESTRUTURA DA TESE	43
2	REDES E SISTEMAS DE SERVIÇOS EM SAÚDE: BASES CONCEITUAIS E EMPÍRICA	47
2.1	REDE INOVARH ⇔ REDE SOCIAL COLABORATIVA	49
2.1.1	Redes Sociais	49
2.1.2	Histórico e Proposta da Rede InovarH-BA	52
2.1.3	Atores e Instrumentos Institucionais e Operacionais	54
2.1.3.1	Atores da Rede InovarH-BA	54
2.1.3.2	Instrumentos Institucionais da Rede InovarH-BA	56
2.1.3.3	Instrumentos Operacionais da Rede InovarH-BA	56
2.2	REDE INOVARH, SUS E SLI	57
2.2.1	Rede InovarH e SUS	59
2.2.1.1	Princípios e Diretrizes Estruturantes do SUS	63
2.2.2	Rede InovarH e Sistema Local de Inovação	69
2.2.2.1	Elementos Estruturantes de um SLI	69
2.2.2.2	Interfaces entre o SUS e o Complexo Industrial da Saúde	75
2.2.2.3	Os Hospitais como Organizações de Serviços Intensivas em Conhecimento	78
2.3	O <i>COMPLEXUS</i> DOS SISTEMAS E REDES DE SERVIÇOS EM SAÚDE	82
3	APRENDIZAGEM, INOVAÇÃO E REDES SOCIAIS: BASES CONCEITUAIS E EMPÍRICA	91
3.1	ORGANIZAÇÕES EM APRENDIZAGEM BASILARES PARA REDES DE APRENDIZAGEM E INOVAÇÃO GERENCIAL	93
3.1.1	Abordagem Conceitual da Aprendizagem de Circuito Duplo <i>versus</i> o Pensamento Sistêmico	98
3.1.2	Abordagem Conceitual do Modelo Unificado de Criação Dinâmica do Conhecimento	110
3.1.2.1	As variáveis do processo de criação do conhecimento	111
3.1.2.2	Modelo SECI – processo de conversão do conhecimento	112
3.1.2.3	<i>Ba</i> - o espaço de interação para a criação do conhecimento	113
3.1.2.4	Ativos do conhecimento: fatores de entradas, saídas e moderadores do processo de criação do conhecimento	114
3.2	REDES SOCIAIS DE INOVAÇÃO E APRENDIZAGEM	116
3.2.1	Processo(s) de Aprendizagem Organizacional e Redes de Inovação e Aprendizagem em Gestão	121
3.2.2	Rede InovarH-BA ⇔ Processos de Aprendizagem Organizacional e Inovação Gerencial	132
3.2.2.1	Portal Colaborativo como Ferramenta para Aprendizagem e Inovação	133

3.2.2.1.1	Portais Colaborativos	134
3.2.2.1.2	Portal Colaborativo da Rede InovarH –BA	136
3.2.2.2	Sistema de Informação Gerencial como Ferramenta na Geração e Difusão de Conhecimento	138
3.2.2.2.1	Metodologia de Desenvolvimento do SIG da Rede InovarH-BA	139
3.2.2.2.2	Indicadores do SIG da Rede InovarH-BA	140
3.2.2.3	Eventos Presenciais como Espaços de Aprendizagem Organizacional	141
3.3	O COMPLEXUS DAS REDES DE APRENDIZAGEM E INOVAÇÃO EM GESTÃO HOSPITALAR	142
4	O COMPLEXUS METODOLÓGICO DA PESQUISA	149
4.1	TIPO DE ESTUDO	150
4.2	FONTES E INSTRUMENTO DA PESQUISA	152
4.3	MÉTODOS DE ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES	154
4.3.1	Análise qualitativa ⇔ Análise de Conteúdo de Bardin (AC)	154
4.3.2	Análise quantitativa ⇔ Estatística Descritiva e Análise de Redes Sociais (ARS)	155
4.4	LOCUS , INSTÂNCIAS e SUJEITOS DA PESQUISA	157
4.4.1	Amostra dos Sujeitos da Pesquisa	158
4.5	LEVANTAMENTO DAS INFORMAÇÕES	160
4.6	ORGANIZAÇÃO, ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DAS INFORMAÇÕES DAS ENTREVISTAS E DOS QUESTIONÁRIOS	163
4.6.1	Entrevistas	163
4.6.1.1	Categorias e Obtenção dos Núcleos de Significado	166
4.6.1.2	Análise de Frequências	167
4.6.2	Questionários	169
4.6.2.1	Estatística Descritiva	170
4.6.2.2	Análise de Redes Sociais (ARS)	171
5	O COMPLEXUS DA PESQUISA EMPÍRICA	177
5.1	ANÁLISE E DISCUSSÕES DAS ENTREVISTAS	178
5.1.1	Perfil dos entrevistados	178
5.1.2	Categoria 1 ⇔ Redes Sociais	180
5.1.2.1	Núcleo de Sentido 1 - Modelo de Gestão e Governança	181
5.1.2.2	Núcleo de Sentido 2 - Configuração em Rede	186
5.1.2.3	Núcleo de Sentido 3 - Sistemas Local de Inovação (SLI)	191
5.1.3	Categoria 2 - Aprendizagem Organizacional	195
5.1.3.1	Núcleo de Sentido 4 - Modelos Mentais e Aprendizagem em Equipe	196
5.1.3.2	Núcleo de Sentido 5 - Domínio Pessoal e Visão Compartilhada	200
5.1.3.3	Núcleo de Sentido 6 - Pensamento Sistêmico	206
5.1.4	Categoria 3 ⇔ Inovação Gerencial	209
5.1.4.1	Núcleo de Sentido 7 - Inovação em Estruturas Organizacionais	210
5.1.4.2	Núcleo de Sentido 8 - Técnicas de Gerenciamento Avançadas	214
5.1.4.3	Núcleo de Sentido 9 - Novas Orientações Estratégicas	219
5.2	ANÁLISE E DISCUSSÕES DOS QUESTIONÁRIOS	222
5.2.1	Perfil dos respondentes dos questionários	223
5.2.2	Resultados e discussão dos questionários	226
5.2.2.1	Processos de inovação, aprendizagem e interação	226
5.2.2.2	Ferramentas e fontes de informações para aprendizagem e inovação	237

5.2.2.3	Inovações gerenciais incrementais	244
5.2.2.4	Interação entre as organizações hospitalares	249
5.2.2.4.1	Redes de Modo Duplo ou de Afiliação	250
5.2.2.4.2	Redes de Modo Único	255
5.3	O <i>COMPLEXUS</i> DOS RESULTADOS	264
5.3.1	OE₁ ⇔ Rede InovarH-BA como locus de um SLI	264
5.3.2	OE₂ ⇔ Estrutura da Rede InovarH-BA	271
5.3.3	OE₃ ⇔ Iniciativas de Aprendizagem Organizacional e Inovação Gerencial	277
6	COMPLEXUS DAS CONCLUSÕES FINAIS	281
	REFERÊNCIAS	293
	APÊNDICE A – Relação de Trabalhos Apresentados e Publicados	311
	APÊNDICE B – Questionário	313
	APÊNDICE C – Roteiro Entrevistas - Coordenadores da Rede	319
	APÊNDICE D – Roteiro Entrevistas - Integrantes SUS / SLI	321
	APÊNDICE E – Carta de Apresentação Entrevistas	323
	APÊNDICE F – Termo de Anuência das Entrevistas	325
	APÊNDICE G – Lista de Eventos Presenciais da Rede InovarH-BA	327
	ANEXO A – Portaria Rede InovarH	329
	ANEXO B – Termo de Adesão	331
	ANEXO C – Deferimento do Comitê de Ética em Pesquisa em Saúde	333

1 INTRODUÇÃO

O **modelo** aristotélico (**forma/substância**) e o **modelo** cartesiano (**objetos simplificáveis e decomponíveis**), ambos subjacentes à nossa **concepção dos objetos**, não constituem princípios de intelegibilidade do sistema. Este não pode ser captado, nem como unidade pura ou identidade absoluta, nem como composto decomponível. Precisamos de um **conceito sistêmico** que exprima ao mesmo tempo unidade, multiplicidade, totalidade, diversidade, organização e complexidade (MORIN, 2005a, p. 156-57).

O campo científico compreende a curiosidade e o raciocínio, que são estimulados quando surge um problema, quando algo não ocorre de acordo com as expectativas, quando não se sabe explicar um fenômeno ou quando as explicações não satisfazem. Assim, a realização de um estudo desta natureza advém das minhas vivências profissionais, cidadã e como um sujeito pesquisador. Tais experiências requerem de mim uma reflexão sobre questões que me inquietam.

O fato de a sociedade (re)configurar-se a partir do uso crescente de recursos tecnológicos – que afetam a organização do trabalho e modificam o modo de fazer e pensar os serviços –, é um dos motivos que instigou este estudo.

As mudanças ocorridas nas formas de comunicação e de interação entre os sujeitos, a partir das tecnologias de informação e comunicação (TIC), têm contribuído fortemente para essa reconfiguração da sociedade. Cada dia mais os sujeitos se veem diante da necessidade de adquirir um novo *habitus*,¹ favorecendo a aprendizagem e a inovação em suas instâncias laborais e sociais. Nós, sujeitos, substituímos a máquina de datilografar pelo computador, a carta pelo e-mail, e, em um curto prazo, adotamos a internet como principal plataforma de comunicação. Notar a evolução ocorrida nas últimas décadas, perceber o universo de possibilidades de conhecimentos que cada sujeito tem disponível para apreender/deter/(re)significar, e trazer esta perspectiva para o âmbito organizacional dos hospitais, conduz a uma reflexão que toca no fenômeno das Redes de Inovação e

¹ Nesta tese, o termo *habitus* será utilizado com a conotação ressignificada a partir dos trabalhos de Pierre Bourdieu. Para este sociólogo, “O *habitus*, como sistema de disposições para a prática, é um fundamento objetivo de condutas regulares, logo da regularidade das condutas, e, se possível prever práticas [...] é porque o *habitus* faz com que os agentes que o possuem comportem-se de uma determinada maneira em determinadas circunstâncias” (BOURDIEU, 1990, p. 98). Embora Bourdieu utilize este termo associando-o ao conjunto de disposições que moldam a prática dos sujeitos, nesta tese será assumido que este conjunto de disposições é constantemente impactado pelas relações sociais, ocasionando transformações, renovando o próprio conjunto e, assim, as novas disposições incorporadas serão denominadas um “novo *habitus*”.

Aprendizagem em Gestão Hospitalar. Meu interesse foi atraído por este fenômeno e esta é uma das raízes desta tese.

Neste capítulo, são deslindadas algumas outras informações sobre este meu interesse, bem como informações sobre a delimitação e problematização da tese, os objetivos, as justificativas e as contribuições esperadas, e a estrutura deste documento.

1.1 INTERESSE E DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA

O interesse pelo tema – atuação de organizações hospitalares em redes que favoreçam a aprendizagem e a inovação – é decorrente do desdobramento da minha dissertação de mestrado, realizada no ano de 2005, intitulada *A Gestão da Informação nos Hospitais: importância do Prontuário Eletrônico na Integração de Sistemas de Informação em Saúde* (CUNHA, 2005).

Naquele trabalho, identifiquei uma fragilidade de comunicação interna e externa entre os sujeitos dos hospitais pesquisados e uma inobservância, por parte da maioria dos gestores daquelas organizações, de uma cultura que priorize a telemática como recurso inerente ao contexto de uma sociedade voltada ao Paradigma Técnico Econômico (PTE), preconizado por Castells (1999). O PTE fornece elementos para a criação de redes com caráter penetrante em uma dada estrutura² social, pois potencializa a difusão das informações e a geração de conhecimentos em um dado sistema social quando transformados em ação.

Os resultados daquela pesquisa sinalizaram uma cultura refratária ao intercâmbio de conhecimento, pois a máxima “quem tem informação tem poder” ainda está impregnada nos modelos mentais da maioria daqueles sujeitos entrevistados. Notou-se que a troca de dados e informações se dava em razão da obrigatoriedade da prestação de contas e não para compartilhá-los com a finalidade de gerar conhecimentos e criar inovações gerenciais (CUNHA, 2005).

Mas o interesse pelo tema também advém do trabalho monográfico que realizei em um curso de pós-graduação *lato sensu*, intitulado *A Gestão da Inovação e Difusão*

² Sobre **estrutura**, Morin (2005a, p. 168) afirma que “é o conjunto de regras, de ligação, de interdependência, de transformações que se concebe sob o nome de estrutura, e esta, no limite, tende a se identificar com a invariante formal de um **sistema**”.

Tecnológica em Arranjos Produtivos Locais (CUNHA; NERI, 2007). Aportes conceituais (i.e. teóricos e políticos) voltados à inovação foram apreendidos nesta formação, em particular, os relacionados ao sistema local de inovação (**SLI**) e aos processos de aprendizagem organizacional. Tais aportes evidenciam o fato de que as redes sociais³ possibilitam aos agentes econômicos do segundo setor⁴ compartilhar suas experiências conjuntamente com os demais agentes representantes do primeiro e terceiro setor, unindo esforços para subsidiar pesquisas e desenvolvimentos de novos meios, a fim de aperfeiçoar ou criar processos de produção de bens e de serviços.

Ainda como elemento direcionador para a temática proposta, considero, também, os papéis que assumo nas condições de usuário dos serviços do sistema de saúde, de especialista e profissional em gestão hospitalar e de assessor técnico de um programa na Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB)/Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação do Estado da Bahia (SECTI), e de colaborador no desenvolvimento, sensibilização e implementação de uma Rede de Inovação e Aprendizagem em Gestão Hospitalar na Bahia (Rede InovarH-BA). Tais papéis têm instigado o estudo do fenômeno de redes sociais de inovação e aprendizagem, associando-as às assertivas de um SLI e ao processo cognitivo da aprendizagem organizacional. Pesquisar tal fenômeno pode resultar na recomendação de ações estruturantes relativas à morfologia em rede de hospitais, com base nas iniciativas da Rede InovarH-BA.

O artigo 4º da Lei Orgânica da Saúde (LOS), de número 8.080, promulgada no ano de 1990, demonstra o caráter pluriinstitucional do Sistema Único de Saúde (**SUS**),⁵ o que sugere uma condição sistêmica⁶ e uma possível configuração de rede:

Art. 4º - O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde - SUS (BRASIL, 2005).

³ Para Terra (2009, p. 162), **redes sociais** é uma “estrutura social que conecta indivíduos por um ou mais de um tipo de interdependências”.

⁴ Referem-se aos setores na perspectiva da natureza institucional. O **primeiro setor** é representado pelo Estado (governos federais, estaduais, municipais; ou seja, o poder público); o **segundo setor** é o setor privado e, finalmente, o **terceiro setor** é formado pelas organizações sem fins lucrativos como as ONGs, OSCIPs, Institutos e Fundações (NATALE; OLIVIERE, 2003).

⁵ O SUS foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde (LOS) de nº 8.080/90 e de nº 8.142/90.

⁶ Considera-se **condição sistêmica** aquela que exprime “ao mesmo tempo unidade, multiplicidade, totalidade, diversidade, organização e complexidade” (MORIN, 2005a, p. 157).

Essa lei, em conjunto com as normas operacionais básicas (NOB), aprimora a gestão pluriinstitucional, com a criação de conselhos em âmbito nacional, estadual e municipal (ARRETCHE; RODRIGUEZ, 1999). Nesta tese, a Rede InovarH-BA é considerada uma tecnologia de gestão, com base em uma estrutura horizontalizada, e que tem como uma de suas propostas viabilizar os processos de aprendizagem organizacional e de inovação gerencial em hospitais. Essa tecnologia pode ser analisada no contexto de um SLI com vistas ao desenvolvimento sustentável de um dado território sanitário.⁷

Salienta-se que, no Brasil, nas últimas três décadas do século 20, ocorreram mudanças econômicas, políticas e sociais, com melhoria do perfil epidemiológico, redução da mortalidade infantil e aumento da expectativa de vida da população. Porém, paralelamente a essas mudanças promissoras, surge um contexto de escassez de recursos financeiros, explosão demográfica e mudanças de hábitos e costumes que tem forçado os formuladores de políticas públicas a procurar novos modelos de gestão em saúde (CUNHA, 2005; MENDES, 2011; PAIM; TEIXEIRA, 2007; SOLLA, 2007; VECINA NETO, 2011).

Muitos destes modelos recomendam que as organizações se estruturam em torno da necessidade da conectividade e interatividade em tempo real, por meio do uso de tecnologias de informação e redes de comunicação. Nestes casos, os processos colaborativos organizacionais moldam-se em torno do registro de dados fidedignos que, associados, vão gerar informações que levam ao conhecimento mais fidedigno da realidade, possibilitando rápidas tomadas de decisão.

A internet proporcionou o surgimento de novas formas de se relacionar, tais como as redes sociais de comunicação. Para Recuero (2009, p. 7), as redes sociais virtuais “funcionam através da interação social, buscando conectar pessoas e proporcionar sua comunicação e, portanto, podem ser utilizadas para forjar laços sociais”.

O conceito de redes sociais baseia-se no conjunto de

[...] pessoas que se relacionam no contexto de uma comunidade ou de uma organização. Os modelos de redes são construídos para mostrar como essas relações influenciam atitudes, crenças e comportamentos (VALENTE, 2010, p. 4, tradução nossa).⁸

⁷ São territórios organizados a partir dos fluxos sanitários da população em busca de atenção (MENDES, 2011).

⁸ “Social networks are most often composed of who knows whom or who talks to whom within a community or an organization. Network models are constructed to show how these relations influence attitudes, beliefs, and behaviors”.

As redes sociais se expressam como um conjunto de pessoas e/ou organizações que se relacionam para responder às demandas e necessidades da população de maneira integrada. É um meio de tornar eficaz a gestão das políticas sociais, otimizar a utilização dos recursos disponíveis, contribuir para a difusão de informações, criar novos canais de comunicação e estimular a participação dos segmentos envolvidos. Além disso, as redes fortalecem o capital social,⁹ cujos valores como solidariedade e parceria, dentre outros, formam um ambiente específico de convivência, capaz de contribuir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas (CHRISTAKIS; FOWLER, 2011; VALENTE, 2010).

Vistas sobre este ângulo, as redes sociais constituem um novo paradigma estrutural (DEGENNE; FORSÉ, 1994), já que se trata de uma tentativa de introduzir um nível intermediário entre os enfoques micro e macro na análise da realidade social, ou entre o indivíduo e a estrutura nas principais correntes da sociologia (MARTELETO, 2001).

Para Martinho (2002), as redes se configuram como um modelo de institucionalidade possível e trazem uma perspectiva de ampliar os direitos sociais e a democracia. É, ainda, esse autor quem afirma:

[...] a organização-rede vincula uma mensagem de caráter pedagógico que descortina a possibilidade de os atores sociais fundarem um outro estado de coisas. As redes [...] são uma espécie de projeto demonstrativo da democracia radical em funcionamento, da lógica colaborativa como paradigma das relações sociais. Sua história ainda está por ser escrita e seu exercício, hoje, só está começando, [...], pela sua incipiência e pelo seu inacabamento, as redes demonstram ser um campo fértil para o esforço de pesquisa e os investimentos do pensamento e da ação (MARTINHO, 2002, p. 8).

Na perspectiva de analisar a Rede InovarH-BA como uma rede de organizações vinculadas ao SUS, faz-se necessário considerar que a operacionalização do SUS depende da inter-relação das três esferas governamentais e dos prestadores de serviços de saúde. Para tanto, dentre as atribuições comuns da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios destacam-se a organização e coordenação do sistema de informação em saúde e a participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de

⁹ Quanto a capital social, entende-se esta expressão do capital como os poderes sociais fundamentais explicitados por Bourdieu (1990, p. 154): “Esses poderes sociais fundamentais são, de acordo com minhas pesquisas empíricas, o capital econômico, em suas diferentes formas, e o capital cultural, além do capital simbólico, forma que se revestem as diferentes espécies de capital quando percebidas e reconhecidas como legítimas”.

recursos humanos para a saúde (BRASIL, 2007a, p. 45, grifo nosso). Ressalta-se, ainda, que a União tem, dentre as suas competências, de

[...] **definir e coordenar os sistemas de redes integradas** de assistência de alta complexidade, de rede de laboratórios de saúde pública, de vigilância epidemiológica e de vigilância sanitária. [...] prestar cooperação técnica e financeira aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios para o aperfeiçoamento institucional.

Considerando que existe, implícita na proposta do SUS, além da condição sistêmica, uma proposta de tecnologia de gestão, para aperfeiçoá-la atenta-se para a aprendizagem organizacional e suas ferramentas. A aprendizagem e a gestão são fenômenos indissociáveis, uma vez que conectam o pensamento e a experimentação dos processos organizacionais, visando a inovações em “cenários competitivos e ao desenvolvimento de competências distintas” (VASCONCELOS; MASCARENHAS, 2007, p. 19).

Interconectando os aspectos apontados para a compreensão da Rede InovarH-BA e do SUS – a condição sistêmica, a estrutura em rede e os processos de aprendizagem – é pertinente destacar o conceito de redes de aprendizagem. Este conceito advém dos estudos organizacionais, da administração estratégica e da economia industrial, caracterizando-o de forma heterogênea. Tais estudos são subjacentes às relações interorganizacionais, associadas às redes de firmas, pressupondo um aglomerado entre organizações que mantêm relações mútuas, fundamentadas em estruturas rizomáticas, com nós e pontos a serem conectados, por meio de ligações e posições de fluxos de bens e informações (FONTES, 2005).

As redes de aprendizagem propiciam processos e fatores que contribuem para o aprimoramento gerencial das organizações integrantes por meio do coletivo. Do ponto de vista de sistemas econômicos ou prestadores de serviço, a configuração de redes de aprendizagem usualmente envolve diversos atores sociais, com a proposta básica de incrementar e construir o conhecimento e a capacidade de fazer ou trocar, inovando ou incrementando, uma dada competência. As redes assim constituídas se caracterizam por serem multifocais, terem interesse em questões tecnológicas e abrigarem diversos atores sociais.

Mesmo na prestação de serviços, a imbricação de três atores sociais é essencial. O primeiro ator, o governo, traz questões pertinentes às políticas públicas e aos sistemas de

ciência, tecnologia e inovação (C,T&I), educação e saúde, por meio de agentes como ministérios federais, secretarias estaduais e municipais. O segundo ator, a Academia, concentra a formação de pessoal, a criação e difusão de conhecimento; e o terceiro ator, as empresas ou organizações produtivas prestadoras de serviço, disponibilizam bens e serviços diretamente para a sociedade.

Tal configuração se assemelha à de um SLI,¹⁰ uma vez que a associação do governo com as empresas e organizações produtivas prestadoras de serviço, agregada a instituições como universidades, conselhos e agências de fomento a pesquisas, incubadoras e parques tecnológicos direcionam esforços em pesquisa e desenvolvimento para a dinâmica das necessidades da sociedade. Tais instituições encontram oportunidades para integrar a teoria à prática, constituindo-se em articuladores do aprendizado.

Neste documento, ao tratar de sistemas de inovação, adota-se a abordagem de Freeman (2002). Em seu livro *“Systems of Innovation”*, Chris Freeman apresenta algumas características do sistema britânico de inovação nos séculos 18 e 19, destacando que tais características definem sistema de inovação em *lato sensu*. Dentre estas características, destacam-se as de maior aderência às discussões desta tese, quais sejam:

- a) forte interação entre cientistas e empreendedores;
- b) parcerias entre organizações permitem que inventores tenham acesso a financiamento e colaboração de empreendedores;
- c) a política econômica é influenciada fortemente pela economia clássica e pelo interesse na industrialização;
- d) consultores na área de engenharia desenvolvem e difundem as melhores práticas;
- e) formação específica para inovação, estágios, escolas noturnas, atividades extraclasse são oferecidas especialmente a estudantes das áreas estratégicas.

O conceito de sistema de inovação é apresentado por Simantob e Lipp (2003, p. 142) como

[...] pode ser nacional, regional ou local. É uma rede de instituições dos setores público (universidade, centros de P&D, agências de fomento e financiamento, empresas públicas e estatais, dentre outros) e privado (empresas, associações empresariais, ONGs etc.), cujas atividades e interações geram, adotam, importam,

¹⁰ Os aportes conceituais relativos a sistema local de inovação serão tratados na seção 2.2.

modificam e difundem tecnologias, sendo a inovação e o aprendizado seus aspectos cruciais.

Com base em Fontes (2005) e Bessant e Tidd (2009), encontram-se convergências nos conceitos de sistemas de inovação e de redes de aprendizagem, que resultam em propostas de redes de inovação e aprendizagem. A configuração de redes sociais de inovação e aprendizagem é um campo que exige dos sujeitos um novo *habitus* para alcançar os objetivos institucionais e organizacionais a partir do compromisso social e da subjetividade dos integrantes/sujeitos no espaço político e social. Como já mencionado, neste documento será tomada a acepção de Bourdieu para *habitus*, segundo a qual *habitus* é o

sistema das disposições socialmente construídas que, enquanto estruturas estruturadas e estruturantes, constituem o princípio gerador das práticas e das ideologias características de um grupo de agentes (BOURDIEU, 2009, p. 191).

A assertiva que relaciona a configuração de redes sociais de inovação e aprendizagem e a exigência de um novo *habitus* se constituiu a partir dos resultados da pesquisa de mestrado, em consonância com as experiências profissionais e de docência junto a organizações hospitalares e entre e com os sujeitos que laboram em instâncias de serviços de saúde. A minha percepção evidencia, no âmbito das redes de organização hospitalares, uma prática de compartilhar ou disseminar informações de forma compulsória, ou seja, um *habitus* que não inclui uma interação espontânea. Tal fato leva a uma proposição de que é necessário que esses sujeitos adquiram um **novo *habitus***: o da interação de maneira espontânea, com vistas a favorecer a inovação gerencial na prestação de serviços hospitalares.

Tal proposição ratifica a ideia de esses sujeitos propiciarem qualidades emergentes¹¹ por meio de um novo *habitus* a fim de viabilizar a criação de novas ações organizacionais. Isto exige desses sujeitos a capacidade de vislumbrar princípios norteadores de fenômenos como a aprendizagem organizacional e a inovação gerencial na organização do serviço hospitalar.

Dada a escolha da abordagem epistemológica desta tese, com base no pensamento complexo apresentado por Edgar Morin, será explicitada a definição do termo “organização”

¹¹ Compreendidas “como simples efeitos das coisas conjugadas” em um dado sistema (MORIN, 2005a, p. 157)

conforme este autor, que representa um estágio ideal de expressão das organizações. Organização pode ser compreendida como

[...] o encadeamento de **relações** entre **componentes** ou **indivíduos** que produz uma unidade complexa ou sistema, dotadas de qualidades desconhecidas quanto aos componentes ou indivíduos. A organização liga de maneira inter-relacional os **elementos** ou **acontecimentos** ou **indivíduos diversos** que desde então se tornam **componentes de um todo**. Ela assegura solidariedade e solidez relativa a estas ligações, assegurando então ao sistema uma certa possibilidade de duração apesar das perturbações aleatórias. A organização, portanto: transforma, produz, religa, mantém (MORIN, 2005a, p. 133, grifo nosso).

À medida que os sujeitos interagem, as redes tendem a expandir-se, e, conseqüentemente, expandem-se os serviços de atenção à saúde. Essa expansão é entendida como a capilaridade¹² da rede de atenção à saúde.

Neste contexto, para a consolidação da rede dos serviços de saúde no Brasil, ou seja, para efetivar a *network* do SUS, ainda se considera que, antes mesmo de investir em toda uma infraestrutura telemática, é essencial a habilitação dos gestores e profissionais de saúde para o trabalho em rede. É preciso estimular a prática da interação, conformando um novo *habitus*.

Por interações, Morin opina que

[...] são ações recíprocas que modificam o comportamento ou a natureza de **elementos**, corpos, objetos, **fenômenos** em presença ou em influência. As interações 1. supõem elementos, **seres** ou objetos materiais que podem se encontrar; 2. supõem **condições de encontro**, quer dizer, agitação, turbulência, fluxo contrário, etc.; 3. obedecem a **determinações/imposições** ligadas à natureza dos **elementos**, objetos ou **seres** que se encontram; 4. tornam-se, em certas condições, inter-relações (associações, ligações, combinações, **comunicações**, etc.), ou seja, dão origem a **fenômenos de organização** (MORIN, 2005a, p. 72, grifo nosso).

Assim, o que muda nas tarefas relacionadas à sistematização dos dados e informações nos hospitais quando eles se integram em rede como a Rede InovarH-BA? Será

¹² Capilaridade: termo derivado da área de química, na qual se refere à propriedade apresentada por fluidos que lhes permite subir ou descer em tubos extremamente finos, **contribuindo para a difusão desses fluidos**. No que se refere a **sistemas ou redes**, este termo tem sido utilizado com o **sentido de disseminação**, como, por exemplo, em: "O Regime Geral de Previdência Social (RGPS) é uma política de gestão centralizada, a cargo do Governo Federal, ainda que os órgãos públicos envolvidos tenham capilaridade regional. Por exemplo, o sistema conta atualmente com aproximadamente 2,3 mil agências de prestação de serviços previdenciários espalhadas em todo o país" (CASTRO, 2011, p. 76, grifo nosso).

que os profissionais que trabalham nos hospitais já adequaram o seu *modus operandi* quanto à sistematização desses ativos para gerar conhecimento na gestão dos hospitais ou ainda operam da mesma forma que há 40 ou 50 anos? Será que os sujeitos que operacionalizam os processos gerenciais das áreas assistencial e administrativa nos hospitais estão sistematizando e comunicando os dados e as informações de maneira colaborativa para gerar aprendizagem organizacional? Quais são os novos papéis que esses sujeitos devem exercer a partir da conjuntura de uma sociedade em rede (CASTELLS, 1999), da informação, do conhecimento ou da aprendizagem (FRÓES BURNHAM, 2000) na operacionalização dos hospitais?

Esses são alguns questionamentos que faço sobre as mudanças vivenciadas em contextos de expansão tecnológica por meio da participação em redes e suas implicações para a gestão dos hospitais. Afinal, os modelos de desenvolvimento socioeconômicos passam a priorizar políticas de saúde, dentre as políticas sociais, por configurarem-se como um desafio para os profissionais, financiadores, usuários e autoridades do sistema de saúde, tais como as políticas de: gestão do trabalho e educação permanente em saúde, de comunicação, informação e informática em saúde, de humanização, dentre outras.

A aprendizagem organizacional entre as organizações representa um fator, condição e base para perspectivas de inovação gerencial nos hospitais e esse fator é dinamizado pela adoção deste novo *habitus* entre os sujeitos que constituem o SUS. Assim sendo, a pesquisa parte dos seguintes **pressupostos (PO)**:

- a) **PO₁** ⇔ O SUS fomenta a utilização de modelos e ferramentas organizacionais, tais como: espaços de aprendizagem, telemática e redes de inovação e aprendizagem com vistas à melhoria da gestão dos serviços de saúde;
- b) **PO₂** ⇔ Os gestores dos hospitais baianos compreendem a importância da condição da morfologia em rede e de formar uma rede social de inovação e aprendizagem para a difusão de suas práticas organizacionais;
- c) **PO₃** ⇔ Os gestores dos hospitais baianos expressam a importância da atuação em rede para gerar inovações organizacionais, propiciando melhora no SUS no contexto das premissas de um SLI.

Os pressupostos acima originaram a seguinte **questão norteadora** desta tese:

- a) Qual a relação entre a participação em uma rede social – tal como a Rede InovarH-BA – e os processos de aprendizagem organizacional e de inovação gerencial nos hospitais baianos?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Geral

- a) Analisar as relações entre a participação das organizações hospitalares na Rede InovarH-BA e a promoção da aprendizagem organizacional e da inovação gerencial.

1.2.2 Específicos (OE)

- a) **OE₁** ⇔ Destacar as características da configuração da Rede InovarH-BA que se assemelham a um SLI;
- b) **OE₂** ⇔ Analisar a estrutura da rede social formada pelos integrantes da Rede InovarH-BA por meio dos instrumentos institucionais e operacionais dessa Rede e com base em levantamento de informações empíricas;
- c) **OE₃** ⇔ Analisar iniciativas e experiências de processos de aprendizagem organizacional e de inovação gerencial hospitalar, dos integrantes/sujeitos da Rede InovarH- BA;
- d) **OE₄** ⇔ Recomendar ações estruturantes relativas à morfologia em rede de hospitais com base na Rede InovarH-BA.

1.3 JUSTIFICATIVAS E CONTRIBUIÇÕES

A Rede InovarH-BA, criada desde 2006, tem como ideia central construir uma ampla e consistente rede de cooperação entre centros acadêmicos, agências de fomento, instituições governamentais e hospitais integrantes do SUS, a fim de promover ações voltadas para a qualificação institucional, mediante o desenvolvimento e fortalecimento de melhores padrões gerenciais para os hospitais participantes. Assim sendo, esta rede tem como proposta subsidiar ações para melhoria destes padrões gerenciais. Embora diversos hospitais

tenham assinado o termo de adesão à Rede InovarH-BA, não existem estudos que discutam as relações entre a adesão e a participação dos hospitais nesta rede.

A Rede InovarH, como tecnologia para aperfeiçoamento de organizações do SUS, considera a adoção e a incorporação dos processos de aprendizagem organizacional entre os sujeitos que atuam nestas organizações.

Neste trabalho, a Rede InovarH é analisada à luz do conceito de redes sociais de aprendizagem e inovação. A partir do foco em redes e sistemas de inovação voltado para o setor saúde, pode-se dizer que este setor é formado por serviços que, com o aumento da competitividade, proporcionam ganhos de produtividade e melhoria de qualidade. Nesse sentido, a configuração de redes interorganizacionais – tais como a Rede InovarH-BA –, com os benefícios que elas trazem, pode desempenhar um importante papel na gestão de serviços de saúde (SANTANA, 2007). Ao mesmo tempo em que essa configuração multiorganizacional fortalece a competitividade, ela contribui para estabelecer redes locais e facilita as interconexões do serviço de saúde com os agentes promotores e gestores da atenção à saúde.

O estudo aqui apresentado tem caráter multidisciplinar por articular um arcabouço conceitual relacionado ao fenômeno das redes sociais, aos sistemas de inovação e aos processos de aprendizagem organizacional. Essa articulação multidisciplinar possibilita inferir assertivas sobre geração de inovações em gestão hospitalar a partir da difusão do conhecimento por meio de redes sociais.

Para alcançar os objetivos propostos, foi desenvolvido uma pesquisa empírica, tendo como objeto a Rede InovarH-BA, relacionando-o aos fenômenos das redes sociais e aos processos de aprendizagem organizacional e de inovação gerencial (aportes conceitual). Esse estudo, portanto, corrobora para a difusão do conhecimento de redes sociais de inovação e aprendizagem entre as organizações que compõem a *network* do SUS.

Apesar da importância de redes tais como a Rede InovarH-BA para a geração e difusão do conhecimento, são poucos os estudos que apresentam discussões e resultados sobre aprendizagem organizacional, inovação gerencial e redes sociais em organizações prestadoras de serviços intensivos em conhecimento¹³, em particular, os hospitais. Assim

¹³ Hospitais, laboratórios, clínicas, bancos de sangue, serviços de alimentação, transporte, seguradoras de saúde, produtores e distribuidores de medicamentos e de gases medicinais, equipamentos e outros fornecedores que compõem o produto da assistência em saúde.

sendo, espera-se que os resultados sejam divulgados entre universidades, institutos de pesquisa, instituições de educação superior e demais organizações sociais, preferencialmente ligadas às questões da gestão em serviços de saúde, ciência, tecnologia e inovação. Além desta motivação de cunho acadêmico, este estudo também foi motivado pela expectativa de que seus resultados contribuam para fortalecer os sistemas de saúde e de inovação, inserindo-os em um campo organizacional estratégico para a efetividade do SUS, na medida em que analisa as relações entre a participação das organizações hospitalares na Rede InovarH-BA e a promoção da aprendizagem organizacional e da inovação gerencial. Como um dos objetivos específicos apresentados é recomendar ações estruturantes relativas à morfologia em rede de hospitais com base na Rede InovarH-BA, espera-se que o estudo contribua também na superação dos obstáculos entre a adesão e a participação dos hospitais nessa rede de aprendizagem e inovação. Ademais, a recomendação de ações estruturantes para a morfologia em rede de hospitais se coaduna com uma das atribuições da União, reguladas por meio da LOS nº 8.080, que é a definição e a coordenação dos sistemas de redes integradas dos serviços de saúde.

O objeto empírico desta pesquisa e seus resultados inserem-se na linha de pesquisa em Difusão do Conhecimento - Informação, Comunicação e Gestão, uma vez que enfocam as questões de gestão dos serviços de saúde relacionadas aos processos, meios e modos de informação e comunicação, possibilitando a tradução, transferência, (re)apropriação e (re)construção do conhecimento em aprendizagem e inovação na gestão hospitalar. Tal pesquisa compreende a proposta de Difusão do Conhecimento, na medida em que integra estudos sobre as contribuições da aprendizagem organizacional, inovação gerencial e redes sociais, ampliando o escopo destes processos e desta tecnologia, no que se refere à recuperação de dados e informações (memórias), socialização de conhecimentos tácitos, combinação de conhecimentos explícitos e aprendizagem organizacional e inovação gerencial em hospitais.

1.4 ESTRUTURA DA TESE

Nota-se que, em pleno século 21, o cientista/pesquisador não é mais um observador externo e independente do seu objeto de estudo, mas sim, é “o protagonista com entendimento da história” (NAVES; ROCHA NETO, 2008, p. 123). Tal fato é aqui adotado

como critério do processo de aprendizagem, do devir da pesquisa, o que me leva a recorrer à “necessidade da abordagem complexa”, por envolver “relações humanas e sociais em todas as suas dimensões” (NAVES; ROCHA NETO, 2008, p. 123).

Para os autores supracitados

[...] os reducionismos do pensamento cartesiano/mecanicista, bem como da abordagem puramente holística, não dão mais conta da complexidade dos processos educativos, nem tampouco para explicar as experiências humanas e as relações sociais envolvidas nos processos de aprendizagem. Se por um lado, a abordagem cartesiana reduz os fenômenos às suas partes, separando-as para entender o todo, o pensamento holístico o faz mediante reconhecimento das propriedades que emergem da totalidade, mas não olham as relações de interdependência, que podem neutralizar ou potenciar as contribuições dos protagonistas individuais (NAVES; ROCHA NETO, 2008, p. 126).

Assim sendo, esta tese é estruturada e desenvolvida a partir de uma escolha de abordagem epistêmica baseada no pensamento complexo (MORIN, 2003, 2007). Está organizada em mais cinco capítulos, além da presente introdução que delimitou a proposta do problema da tese; os objetivos a serem investigados; as justificativas e as contribuições sobre a temática explorada; e para finalizar, a estrutura deste documento.

No segundo capítulo, são ampliados os conceitos sobre redes sociais e sistemas de saúde e de inovação. Trata-se de multirreferenciar¹⁴ elementos para uma reflexão, no que diz respeito ao papel do Estado, da academia e das organizações de serviços em saúde, em particular os hospitais, na promoção, geração e difusão de conhecimentos sobre gestão hospitalar por meio da proposta da Rede InovarH-BA.

Os objetivos do segundo capítulo são: 1) apresentar o objeto empírico da pesquisa, a Rede InovarH-BA e associar a proposta desta Rede a alguns conceitos de redes sociais; 2) analisar a proposta do SUS, sob o prisma dos princípios voltados à sociedade em rede; 3) discorrer sobre os elementos estruturantes de um SLI; 4) deslindar a interface do SUS e o papel dos hospitais, como organizações de serviços intensivos em conhecimento, no complexo industrial da saúde; e, para finalizar, 5) refletir sobre as redes e sistemas de serviços em saúde, à luz de alguns princípios-guia da complexidade. Assim, o capítulo é

¹⁴ Segundo Fróes Burnham (1998, p. 45), multirreferencialidade pode ser compreendida como uma forma de percepção da realidade através “da observação, da investigação, da escuta, do entendimento, da descrição, por óticas e sistemas de referência diferentes”, não redutíveis uns aos outros e explicitados com abordagens e terminologias distintas, exigindo do pesquisador uma postura aberta aliada à capacidade de síntese.

estruturado em três seções, a saber: 1) Rede InovarH ⇔ Rede Social Colaborativa; 2) Rede InovarH, SUS e SLI; 3) O *Complexus* das Redes e Sistemas de Serviços em Saúde e de Inovação.

No terceiro capítulo, são apresentados e discutidos conceitos sobre os processos de aprendizagem organizacional, bem como as premissas sobre organizações de aprendizagem e aprendizagem organizacional. Esses conceitos são contextualizados como fenômenos sociais e cognitivos para a proposição de uma rede social colaborativa em aprendizagem e inovação em gestão hospitalar (i.e. Rede InovarH-BA).

Neste terceiro capítulo, o objetivo central é realizar uma revisão conceitual, não exaustiva, sobre aprendizagem organizacional, a partir de aportes conceituais de caráter multirreferencial (FRÓES BURNHAM, 1998). A sociedade em rede, os conceitos de organizações de aprendizagem, aprendizagem organizacional e redes sociais de inovação e aprendizagem são percorridos. Em seguida, mapeiam-se os conceitos de aprendizagem no âmbito da economia, discutindo-os na perspectiva do processo de inovação gerencial relacionando-os ao *complexus* de uma rede em gestão hospitalar (i.e. da Rede InovarH-BA). Assim, este capítulo é estruturado em três seções, quais sejam: 1) organizações em aprendizagem basilares para redes de aprendizagem e inovação gerencial; 2) redes sociais de inovação e aprendizagem; 3) o *complexus* das redes de aprendizagem e inovação em gestão hospitalar.

As bases conceituais (re)visitadas contemplam a organização de sistemas sociais, em particular, os sistemas de organizações produtivas, visando elucidar o fenômeno das redes sociais de inovação e aprendizagem em gestão hospitalar. Tal escolha é refletida na epígrafe desta Introdução.

No quarto capítulo, evidencia-se o estudo dos métodos e técnicas escolhidos para esta tese e sua base epistêmica (i.e. o pensamento complexo). As seis seções deste capítulo relatam: 1) o tipo de estudo; 2) as fontes e os instrumentos utilizados na pesquisa; 3) os métodos de análise das informações levantadas; 4) o *lócus*, as instâncias e os respectivos sujeitos do objeto empírico; 5) os processos de levantamento, organização, análise e interpretação das informações; 6) a organização, análise, e interpretação das informações das entrevistas e dos questionários.

No quinto capítulo, são apresentados os resultados e as discussões sobre eles. O capítulo é dividido em três seções: 1) análise e discussões das entrevistas; 2) análise e discussão dos questionários; 3) o *complexus* dos resultados.

E, finalizando, no sexto capítulo são apresentadas as conclusões finais, constituindo, assim, o *complexus* revelado nesta tese.

Para finalizar esta Introdução, destaco que a leitura deste documento não necessariamente precisa ser linear e sequencial. A título de exemplo, os leitores familiarizados com os aportes conceituais e o objeto empírico (i.e. Rede InovarH-BA) podem resumir a leitura dos Capítulos 2 e 3 apenas às seções 2.3 (i.e. o *complexus* dos sistemas e redes de serviços em saúde) e 3.3 (i.e. o *complexus* das redes de aprendizagem e inovação em gestão hospitalar).

Saliento que o Capítulo 5 remete o leitor aos Capítulos 2 e 3, nos quais são apresentados os aportes conceituais e o objeto empírico. Algumas informações presentes nesses dois capítulos já foram disseminadas em trabalhos apresentados e publicados em Anais de Congressos e capítulos de livros ao longo dos anos de 2005 até 2011 (Apêndice A). Esses trabalhos foram construídos de maneira colaborativa (i.e. de uma interação espontânea) com outros colegas pesquisadores, professores e colaboradores envolvidos com o objeto empírico. Lembro que esta tese é um desdobramento da minha dissertação e do meu envolvimento com a implantação e o desenvolvimento da Rede InovarH-BA.

2 REDES E SISTEMAS DE SERVIÇOS EM SAÚDE: BASES CONCEITUAIS E EMPÍRICA

[...] a inter-relação que liga a explicação das partes à do todo e vice-versa é de fato um convite a uma descrição e a uma explicação recursivas: a descrição (explicação) das partes depende da do todo que depende da das partes, e é no circuito: partes ⇔ todo que se forma a descrição ou explicação (MORIN, 2005a, p. 158).

As redes sociais podem ser consideradas um *locus* privilegiado para a difusão de informações. Tal assertiva está associada ao conceito presente no trabalho do sociólogo espanhol Manuel Castells (1999, p. 498, grifo nosso). Para esse autor, rede é

[...] **um conjunto de nós interconectados. Nó é um ponto no qual uma curva se entrecorta.** Concretamente, o que um nó é depende do tipo de redes concretas de que falamos. São mercados de bolsas de valores e suas centrais de serviços auxiliares avançados na rede dos fluxos financeiros globais. São conselhos nacionais de ministros e comissários europeus da rede política que governa a União Européia. [...] São sistemas de televisão, estúdios de entretenimento, meios de computação gráfica, equipes para cobertura jornalística e equipamentos móveis gerando, transmitindo e recebendo sinais na rede global da nova mídia no âmago da expressão cultural e da opinião pública, na era da informação.

Para Mendes, Cunha e Teixeira (2005), esta definição retrata apenas alguns aspectos relacionados ao conceito de rede, dado que este pode ser entendido também como um conjunto de variáveis ligadas entre si e suas respectivas imbricações. Aplicada à dinâmica organizacional de um sistema de saúde, uma rede configura-se como a reunião de sujeitos (físicos e jurídicos) em razão de objetivos e/ou temáticas afins, de maneira participativa, que pode ser voluntária ou compulsória.

Nesta perspectiva, a existência de redes sociais depende de contato, interação e colaboração entre pessoas. Dada a complexidade do tema – redes e sistemas – adota-se neste trabalho, como dito antes, a perspectiva multirreferencial, ou seja, por óticas e sistemas de referência diferentes, não redutíveis uns aos outros e explicitados com abordagens e terminologias distintas, exigindo do pesquisador uma postura aberta aliada à capacidade de síntese (FRÓES BURNHAM, 1998). Assim, neste trabalho, são conjugados saberes de diversas fontes, ainda que algumas destas sigam linhas filosóficas opostas, porém, desde que as abordagens dos diversos autores agreguem conhecimentos para uma melhor compreensão do fenômeno interação como condição para a configuração de redes sociais.

A Rede InovarH-BA, objeto empírico desta tese, estimula a difusão dos conhecimentos das organizações hospitalares de maneira compartilhada, de forma dialógica, na busca de consensos e significados a partir de contraditórios gerados pelas distintas histórias de práticas de gestão hospitalar, por meio dos profissionais de saúde, os quais são os protagonistas desta Rede inseridos no Sistema Único de Saúde (SUS).

Desta perspectiva, o objetivo central deste capítulo é apresentar aportes conceituais sobre redes sociais e sistemas de saúde e de inovação. Trata-se de multirreferenciar elementos para uma reflexão no que diz respeito ao papel do Estado, da academia e das organizações de serviços em saúde, em particular, os hospitais, na promoção, geração e difusão de conhecimentos sobre gestão hospitalar por meio da proposta da Rede InovarH-BA.

A abordagem sobre redes sociais pode ser analisada na busca de paralelismos com a compreensão acerca de sistemas e a sua relação com os fenômenos da complexidade. Nessas redes, as interações entre os *integrantes/sujeitos* que as compõem são imprescindíveis para que se efetive a difusão de experiências, dados e informações.

Para Morin (2007), a complexidade corresponde à multiplicidade, ao entrelaçamento e à contínua interação da infinidade de sistemas e fenômenos que compõem o mundo natural. Tal premissa alinha-se com a proposta da Rede InovarH e do SUS, uma vez que, nestas propostas, está presente a produção de uma multiplicidade de ações, interações, ou retroações, característica do fenômeno da complexidade.

O presente capítulo tem como objetivos específicos: 1) Apresentar o objeto empírico da pesquisa (i.e. a Rede InovarH-BA) e associar a proposta da Rede InovarH a alguns conceitos de redes sociais; 2) Analisar a proposta do SUS, sob o prisma dos princípios voltados à sociedade em rede; 3) Discorrer sobre os elementos estruturantes de um Sistema Local de Inovação (SLI); 4) Deslindar a interface do SUS e o papel dos hospitais, como organizações de serviços intensivos em conhecimento, no complexo industrial da saúde; e, para finalizar, 5) Refletir sobre as redes e sistemas de serviços em saúde, à luz de alguns princípios-guia da complexidade. Para tanto, o capítulo é estruturado em três seções, quais sejam: 1) Rede InovarH ⇔ Rede Social Colaborativa; 2) Rede InovarH, SUS e SLI; 3) O *Complexus* das Redes e Sistemas de Serviços em Saúde.

2.1 REDE INOVARH ⇔ REDE SOCIAL COLABORATIVA

Nesta seção, é contextualizada a Rede de Inovação e Aprendizagem em Gestão Hospitalar (Rede InovarH), a partir do relato histórico desta Rede, da sua proposta, do delineamento dos atores, dos instrumentos institucionais e operacionais que a conformam. Entretanto, antes de apresentar a Rede InovarH-BA, alguns conceitos sobre redes sociais são relatados, com a finalidade de entender o objeto de estudo nesta tese.

2.1.1 Redes Sociais

A palavra rede vem do latim *retis* (i.e. entrelaçamento de fios que formam uma espécie de tecido). A palavra rede assume, na contemporaneidade, significados específicos em diferentes áreas do conhecimento, com distintos enfoques e usos. Este termo é empregado para qualificar objetos de estudo de diversos ramos do saber humano (e.g. na informática, redes de computadores, redes sem fios; na engenharia, redes de transportes, redes de transmissão de energia elétrica). No caso das Ciências Sociais, houve uma apropriação deste termo para tornar mais acessível a compreensão dos diversos relacionamentos sociais. Assim, as redes são definidas enquanto sistemas, estruturas ou desenhos organizacionais que possuem elementos dispersos espacialmente, mas que mantêm relações entre si (MÂSIH, 2008).

Para Stotz (2009, p. 27, grifo nosso), rede social é um “conceito de junção entre disciplinas distintas”. É, ainda, este autor quem relata que este conceito de junção é sinalizado a partir dos estudos do historiador Edward Thompson que defende:

[...] do ponto de vista da experiência popular, o âmbito da economia sempre tem uma implicação moral. De tal forma que as necessidades (*wants*) que constituem o objeto da economia política designam tanto o estado psicológico de necessidade quanto a série de bens, serviços e utilidades capazes de satisfazê-las. Tal definição amplia o entendimento de necessidades, situando-as historicamente: são simultâneas e contraditoriamente tanto aquelas econômicas, redutíveis a interesses e construídas no âmbito do processo de valorização do capital, quanto aquelas morais, expressão de valores que recuperam a experiência de homens e mulheres como sujeitos. [...] Necessidade é um conceito de junção entre objetos de diferentes disciplinas acadêmicas, da economia e da antropologia, [...], à sociologia e à política. **Junção entre estruturas, processos e valores que introduzem o lugar da experiência, com o que o ‘sujeitos é reinserido na história’.**

Lara e Lima (2009, p. 632, grifo nosso) salientam que, na Ciência da Informação, as redes sociais são vistas como “o conjunto de nós que contém, em si [...], a geração, detenção e distribuição da informação”. Essas autoras ratificam que, nesse conceito de redes sociais, há uma

[...] variação conceitual e denominativa, aproximando expressões como: redes de autoridade, redes de especialistas, bem como seus casos concretos: redes direcionadas para o cidadão, redes colaborativas de produção científica, redes sociais de C&T, redes sociais de informação, redes sociais de vizinhança, redes sociais naturais, redes de comunicação científica, **redes sociais colaborativas**, redes sociais em história em quadrinhos, etc.

Lara e Lima (2009, p. 630-32) elaboram uma revisão conceitual sobre Redes Sociais e enfatizam que o conceito é usado no plural em inúmeras teorias e propostas, conforme elencado no Quadro 1.

Essas bases conceituais revelam que redes sociais são reconhecidas como tal pelo compartilhamento de propriedades (i.e. necessidades/interesses) em conjuntos configurados por atores sociais. Esses conjuntos podem ser representados matematicamente com base na Teoria dos Grafos como lastro para a metodologia de Análise de Redes Sociais (ARS), discorrida no Capítulo 4 desta tese, ao ser aplicada na Rede InovarH-BA.

Neste trabalho, as assertivas de Stotz (2009) e Marteleto (2009) sobre redes sociais se coadunam com a Rede InovarH, as redes de serviços de saúde do SUS e as redes que conformam um SLI. Conforme Stotz (2009, p. 31), uma rede social se configura por meio de uma ação coletiva resultante de um processo social mais amplo, a partir “de relacionamentos sociais para os quais não existe fronteira comum”.

Quadro 1 - Bases Conceituais sobre Redes Sociais

TEÓRICOS	ANOS	ESTUDOS/TEORIAS
Bertalanffy*	1925	Teoria geral dos sistemas ⇔ fundamentação para os estudos de sistemas cibernéticos
Moreno	1934	As dinâmicas de estruturação da comunicação informal que deram origem à Sociometria
Max Gluckman	1940	Teoria do Conflito
Norman e Bavelas	1940s e 1950s	Fundamentam-se na Teoria da Gestalt e de bases sistêmicas aplicadas nas estruturas sociais de pequenos grupos estabelecidos por meio de normas e limites de atuação
Nadel	1957	As organizações humanas homogêneas ou híbridas fundadas na presença de fatos regulares e permanentes
Petri	1962	Teoria das redes de Petri ⇔ fundamentação para os estudos de sistemas cibernéticos
Harary	1965	A ideia de que a conformação de uma rede social se dá a partir da coleção de conceitos e procedimentos metodológicos de coleta e sistematização de dados a identificar as relações sociais entre componentes de um grupo
Rose	1961	Esses estudos abordam as temáticas sobre colégios invisíveis, campo científico e capital social, e remetem à ideia de grupo de pares ou comunidades de cooperação, os quais se organizam em torno de valores, normas ou em busca do bem único para a sociedade cujas relações implicam confiança
Crane	1972	
Bourdieu*	1977	
Coleman	1988	
Putnam	1995	
Bott	1972	Da aplicação do termo rede a qualquer tipo de entidade social
Celedonio	1983	A totalidade de uma rede social se constitui de propriedades específicas, e essas são diferentes da simples adição das partes
Scott	1991	
Latour	1994	Das redes sócio-técnicas
Rovere	1998	Da heterogeneidade no funcionamento de uma rede social quando são compartilhados valores e objetivos
Marques	1999	Dos modos de interação e transformação a estabelecer os vínculos entre indivíduos ou grupos
Castells*	2001	As redes são organizadas em torno de identidades primárias - religiosa, étnica, territorial, nacional. Essas redes conectam e desconectam indivíduos, grupos e regiões por meio de intercâmbios instrumentais em função de decisões estratégicas
Newman*	2001	A ideia de rede social subjacente às formas de interação entre pesquisadores científicos a partir da colaboração científica por meio de indivíduos, grupos ou companhias reunidos em torno de interesses
Molina	2001	As redes sociais compreendem interações individuais, institucionais e de fenômenos sociais observáveis empiricamente

* Estes autores são adotados nas bases conceituais desta tese.

Fonte: Fundamentado em Lara e Lima (2009, p. 630-632).

Uma demonstração do princípio da cooperação, presente nas redes colaborativas, encontra-se no trabalho de Tironi e Cruz (2008), quando estes autores, ao discutirem sobre inovação no contexto empresarial, mostram que

[...] empresas que desenvolvem o processo com outras empresas do grupo têm 2,355 vezes mais chances de inovar radicalmente do que as empresas que desenvolvem o processo sozinhas. Já as empresas que desenvolvem o processo em cooperação com outras empresas e institutos têm 0,694 vezes mais chances de fazer uma inovação radical, e aquelas cujo processo é desenvolvido por outras empresas têm apenas 0,1 vez mais chances de inovar radicalmente do que as empresas que desenvolvem o processo sozinhas.

As empresas envolvidas em arranjos cooperativos com outras organizações para o desenvolvimento das inovações têm 4,11 vezes mais chances de fazer uma inovação radical do que as empresas que não se envolvem em cooperação com outras organizações (TIRONI; CRUZ, 2008, p. 25-26).

Dado esse breve panorama sobre redes sociais, apresentam-se, em seguida, o histórico, a proposta, os atores, os instrumentos institucionais e operacionais de uma rede social colaborativa denominada Rede de Inovação e Aprendizagem em Gestão Hospitalar (Rede InovarH).

2.1.2 Histórico e Proposta da Rede InovarH-BA

A Rede InovarH foi implantada em 2006, a partir do estabelecimento de uma parceria entre a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), o Ministério da Saúde brasileiro e três universidades que possuíssem expertise comprovada no ensino e pesquisa em Gestão Hospitalar. As três instituições participantes são a Fundação Getúlio Vargas de São Paulo (FGVSP), a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e a Universidade Federal da Bahia (UFBA).

A Rede InovarH tem como proposta motivar e promover a integração entre os serviços hospitalares nos Estados, adotando as Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs), com a finalidade de apoiar, gerencialmente, os seus parceiros (CUNHA; MENDES, 2009).

Essa rede se pauta na ideia central de construir uma ampla e consistente rede de cooperação entre centros acadêmicos e hospitais integrantes do SUS. Dentre suas metas está a de promover ações voltadas para o fortalecimento da aprendizagem organizacional, mediante o desenvolvimento e fortalecimento de um novo perfil gerencial para os hospitais participantes.

Essa iniciativa busca superar dificuldades em algumas áreas: a) da comunicação entre os agentes de criação e reprodução de tecnologias, decorrentes do custo de técnicas de interação; b) do intercâmbio de documentos e mensagens de forma rápida e eficiente; c) da

reprodução de materiais didáticos. Tais dificuldades limitam o desenvolvimento e a aplicação de novas práticas de gestão nos hospitais. A atuação em rede e o uso da internet são fatores chaves para o sucesso e desenvolvimento da Rede InovarH, já que a utilização do Portal eletrônico desta rede, com suas ferramentas, a exemplo do SIG, e a interação entre as organizações viabilizarão o alcance dos objetivos propostos (SANTANA, 2007).

Na Bahia, a missão da Rede InovarH é apoiar o desenvolvimento e a difusão de práticas inovadoras de gestão e aprendizagem em organizações hospitalares, fortalecendo a colaboração interorganizacional dos serviços de saúde do SUS neste Estado. A experiência da Escola de Administração (EAUFBA) possibilita desenvolver e padronizar um conjunto de ações voltadas à inovação gerencial e à aprendizagem organizacional por meio da articulação dos hospitais em rede com foco na gestão destes serviços.

A Rede InovarH-BA foi constituída em 17 de março de 2006, mediante Carta Acordo entre a OPAS e a Fundação Escola de Administração (FEA) da EAUFBA. Tem como objetivos: a) ampliar o intercâmbio entre hospitais do Estado da Bahia, no que se refere às experiências gerenciais e assistenciais, incrementando-as; b) fortalecer a colaboração entre os hospitais do SUS no Estado da Bahia; c) desenvolver competências e habilidades para o gerenciamento de organizações de saúde, mediante o uso de tecnologias de informação e o estímulo ao trabalho em rede; d) fornecer subsídios para os sistemas de planejamento, controle e avaliação dos hospitais do Estado da Bahia; e) intercambiar a experiência com iniciativas similares nas demais unidades da Federação e em países da América Latina; f) produzir conhecimentos sobre o trabalho em rede de cooperação na área de saúde. Assim, a Rede InovarH se associa à concepção de uma rede social colaborativa. Para Lara e Lima (2009, p. 628, grifo nosso), este tipo de rede é sinônimo de redes sociais cooperativas, por isso as definem como

[...] tipo de redes sociais na qual os nós, ou atores, contribuem significativamente para o grupo, **empenhando-se em disseminar e compartilhar as informações de interesse comum para melhorar o desempenho de cada um dos integrantes**, aperfeiçoar o produto que estejam elaborando ou atingir objetivos gerais e específicos estabelecidos. Exemplos: as redes formadas por grupos de pesquisa, especialmente aquelas que envolvem pesquisadores geograficamente distantes.

2.1.3 Atores e Instrumentos Institucionais e Operacionais

Nesta subseção, são apresentados os atores, os instrumentos institucionais e operacionais da Rede InovarH-BA. E, ainda, são discorridos aportes conceituais sobre governança, produtos e serviços informacionais.

2.1.3.1 Atores da Rede InovarH-BA

A Rede InovarH-BA possui 39 organizações de serviços de saúde, 02 associações e 08 secretarias de saúde, totalizando 49 organizações parceiras. As 39 organizações de serviços de saúde (31 hospitais, 04 maternidades, 02 clínicas, 01 banco de sangue e 01 posto de saúde) se mostram interessadas em desenvolver práticas inovadoras de gestão. Tal interesse se coaduna com a missão e os objetivos dessa rede.

Participam da Rede InovarH-BA clínicas, bancos de sangue e postos de saúde por entender que estão inseridos no contexto do complexo industrial da saúde, já que demandam produtos e processos de indústrias farmacêuticas, biotecnológicas, de equipamentos hospitalares dentre outras. Adicionalmente, a Rede conta com a participação de organizações do primeiro e do terceiro setor: oito secretarias de saúde de governo (uma estadual e sete municipais) e duas associações (organizações não governamentais).

As organizações integrantes da Rede InovarH-BA possuem Termo de Adesão firmado com a coordenação da rede, que está sob a responsabilidade da EAUFBA. A finalidade do Termo é estabelecer as atribuições das partes signatárias na estruturação e no fortalecimento da Governança da Rede InovarH.

Segundo Cruz (2006, p. 2), a “governança é definida como um processo de coordenação de atores, de grupos sociais, de instituições para alcançar propósitos próprios discutidos e definidos coletivamente, dentro de ambientes fragmentados e incertos”. E para Boiser (2006, p. 91) governança “é também bom governo e, portanto, pressupõe uma racionalidade da intervenção, isto é, pressupõe conhecimento”.

Lastres e Cassiolato (2005, p. 12-13) evidenciam a existência de diferentes formas de governança e hierarquias nos sistemas e aglomerados produtivos (i.e. redes colaborativas) com vistas a propiciar inovações tecnológicas. Assim, governanças

[...] hierárquicas são aquelas em que a autoridade é geralmente internalizada dentro de grandes corporações, com real ou potencial capacidade de coordenar as relações produtivas, mercadológicas e tecnológicas. A governança não hierárquica geralmente caracteriza-se pela existência de sistemas de micro, pequenas e médias empresas e outros atores, onde nenhum deles é dominante. Estes dois tipos de governança representam duas formas de poder na tomada de decisão - centralizada e descentralizada.

Conforme Garcia, Motta e Amato Neto (2004), o fenômeno da governança ou a estrutura de comando nos aglomerados de produção locais é analisado focando a cadeia produtiva. Essa análise identifica os benefícios da concentração geográfica entre os produtores locais e os agentes exógenos ao aglomerado. Para esses autores, as formas de comando local são: sistema centro-radial; cooperação bilateral vertical; horizontal bilateral; multilaterais horizontais; e multilaterais verticais. Dentre estes sistemas, destaca-se o multilateral horizontal, cujas formas de comando envolvem agentes e organismos públicos e privados, tais como

[...] ações **multilaterais horizontais**, em que organismos públicos e/ou privados coordenam projetos setoriais, que envolvem a participação de várias empresas concorrentes, e as multilaterais verticais, em que cooperam instituições e empresas pertencentes a cadeias produtivas diferentes, a partir do estabelecimento de interações mais densas do que uma simples relação comercial (GARCIA; MOTTA; AMATO NETO, 2004, p. 345, grifo nosso).

Fundamentado na definição de Cruz (2006), a governança implica coordenação de atores, grupos sociais e instituições, assim, considerou-s esta diversidade de sujeitos para compor a amostra da pesquisa de campo. Entretanto, especificamente do universo de organizações de saúde que compõem a InovarH-BA, o recorte para a realização da pesquisa de campo desta tese foram os 31 hospitais, as 04 maternidades e as 02 clínicas, não foram incluídos o banco de sangue e o posto de saúde, dada a especificidade das atividades destas organizações. As 37 organizações prestadoras de serviços em saúde (i.e. caracterizadas como hospitais) desta rede são públicas, privadas ou filantrópicas. Outras informações sobre a amostra analisada nesta tese são apresentadas no Capítulo 4, que aborda a metodologia aplicada à pesquisa de campo.

2.1.3.2 Instrumentos Institucionais da Rede InovarH-BA

Em relação aos instrumentos institucionais da Rede InovarH-BA destacam-se: a) a Portaria nº. 1.773, de 28 de julho de 2006, do Gabinete do Ministro da Saúde, publicada no Diário Oficial da União em 31 de julho de 2006 (Anexo A); b) os Termos de Adesão firmados entre as organizações e a Rede (Anexo B); c) a “Carta Acordo” firmada entre a FEAUFBA e a OPAS/Organização Mundial de Saúde (OMS) (BR/LOA/0700033.001, Ano); d) o projeto de intervenção social firmado entre a EAUFBFA e o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) através da Coordenação Geral do Programa de Pesquisa em Saúde (CGSAU), órgão da Diretoria de Programas Temáticos e Setoriais (DPT) (Processo nº. 409393/2006-1 referente ao Edital MCT/CNPq/MS-SCTIE-DECIT); e) a “Carta Acordo” firmada entre a FEAUFBA e a OPAS/OMS (BR/LOA/0800108.001, 2008), que contempla o Projeto Rede de Ensino para a Gestão Estratégica do SUS (REGESUS), do Núcleo de Pós-graduação em Administração (NPGAUFBA) da EAUFBFA.

Alem destes instrumentos institucionais, outros projetos foram firmados visando dar continuidade às ações da Rede, especialmente com a mediação da EAUFBFA, por exemplo: (a) Curso de Extensão em Gestão Hospitalar e Serviços de Saúde, modalidade presencial para 1.000 profissionais, com formação de nível médio e superior, em parceria com o Núcleo de Extensão (NEA) da EAUFBFA e o Ministério da Saúde, amparado no Termo de Cooperação (TC) 118/2009; (b) Curso de Extensão em Gestão Hospitalar e Sistemas em Serviços de Saúde, modalidade EaD, para 2.025 profissionais com formação de nível médio e superior, em parceria com o NEA da EAUFBFA e o Ministério da Saúde, amparado no TC 44/2010; (c) Curso de Especialização em Administração Hospitalar e Sistemas em Serviços de Saúde, para 525 profissionais, em parceria com o Núcleo de Capacitação Avançada (NCPA) da EAUFBFA e o Ministério da Saúde, amparado no TC 43/2010.

2.1.3.3 Instrumentos Operacionais da Rede InovarH-BA

Para operacionalizar as ações proposta da Rede destacam-se os seguintes **instrumentos operacionais**: a) o Portal eletrônico da Rede InovarH-BA (www.inovarh.ufba.br); b) o Sistema de Informação Gerencial (SIG); c) os eventos presenciais, realizados geralmente nos espaços físicos da EAUFBFA e, eventualmente, em

espaços de hospitais integrantes da Rede; d) os cursos de extensão e de pós-graduação *lato sensu* chancelados pela EAUFBFA.

Esses instrumentos operacionais podem ser associados a atividades envolvendo produtos e serviços informacionais. Estas atividades, integrantes do processo de gestão da informação, imprimem as qualidades que agregam valor à informação e sinalizam, intensificam ou reforçam a utilidade potencial das mensagens no sistema de informação, propiciando a difusão do conhecimento. Nesta lógica, tais atividades oferecem uma estrutura para a criação de produtos e serviços que levam em conta o ambiente em que os integrantes da rede utilizam a informação (CHOO, 2003).

Silva (2000) esclarece que produtos e serviços informacionais podem ser oferecidos na atividade de sistemas de gerenciamento de informações. No entanto, essa atividade pauta-se em alguns aspectos, tais como:

- Manutenção do fluxo interno e externo de informações, atualizadas, permitindo verdadeira interação da organização com seu entorno;
- Produção de informações para a gestão organizacional, que facilitam o processo de tomada de decisão a custos e prazos compatíveis;
- **Apoio ao meio organizacional, como elemento fomentador de inovação incremental e radical** (STRAUHS, 1998 apud SILVA, 2000, p. 38, grifo nosso).

Assim, infere-se que a Rede InovarH-BA tem como produtos e serviços informacionais os encontros presenciais, os indicadores do SIG e o portal colaborativo. Tais produtos e serviços visam à difusão de informações relacionadas à gestão de hospitais, no âmbito assistencial e administrativo.

2.2 REDE INOVARH, SUS E SLI

Nesta seção, os aportes conceituais sobre redes, relatados na seção anterior, são associados à dinâmica de sistemas de saúde e de inovação, por conseguinte, das políticas públicas contemporâneas, em particular, no Brasil. As políticas evidenciadas nesta tese são as voltadas à Saúde e à Inovação. Quanto à política de saúde, destaca-se a reforma sanitária instituída no Brasil a partir da Constituição Federal de 1998, resultando na configuração do SUS. Quanto à política de inovação, destacam-se os esforços dos Estados-Nação em fomentar SLI, valendo-se da Lei de Inovação, Lei nº 10.973/04.

Voltando às políticas de saúde, a Organização Mundial de Saúde (OMS) sinaliza que essas advêm de um processo de construção de suporte às ações de saúde. Essas ações se amparam sobre “as evidências disponíveis, integradas e articuladas com as preferências da comunidade, as realidades políticas e os recursos disponíveis” (FLEURY; OUVÉRY, 2008, p. 41).

Spiller (2010, p. 16) defende que quatro fatores influenciam a definição da forma e os investimentos aportados às políticas de saúde de uma população: “aspectos genéticos, desenvolvimento socioeconômico, estilo de vida e serviços em saúde”. Nesta seção, a reflexão é limitada a dois desses quatro fatores, quais sejam: desenvolvimento socioeconômico e serviços de saúde, em particular, os hospitais.

Essa reflexão possibilita compreender a missão e os objetivos da Rede InovarH-BA em consonância com uma economia baseada no conhecimento.

Apenas recentemente surgiram políticas de inovação como um amálgama de políticas de ciência e tecnologia e de política industrial. Seu surgimento sinaliza um crescente **reconhecimento de que o conhecimento**, em todas as suas formas, desempenha um papel crucial no progresso econômico, que a inovação está no âmago dessa “economia baseada no conhecimento”, que a inovação é um fenômeno muito mais complexo e sistêmico do que se imaginava anteriormente. As abordagens sistêmicas à inovação deslocam o foco das políticas, dando ênfase à interação das instituições, observando **processos interativos**, tanto na **criação do conhecimento, como em sua difusão e aplicação**. Cunhou-se o termo “**Sistema Nacional de Inovações**” para este conjunto de instituições e fluxos de conhecimento (OCDE/FINEP, 2004, p. 17, grifo nosso).

No contexto dos serviços de saúde, os hospitais são capitais para prover uma assistência em saúde digna aos cidadãos de um dado território, bem como podem promover um desenvolvimento socioeconômico da região na qual estão instalados, considerando a inserção desses na indústria e na economia da saúde. Assim, os hospitais, organizações intensivas em conhecimento, não podem estar descolados do contexto das políticas voltadas à inovação.

Os hospitais requerem desenvolvimento de competências para gerar atividades inovadoras em gestão. A escolha por estimular a aprendizagem organizacional e a inovação gerencial nesses serviços depende de políticas setoriais voltadas para a melhoria dos serviços de saúde. Essas políticas priorizam o fomento ao intercâmbio entre instituições e organizações, observando processos interativos com a finalidade de criação, difusão e

aplicação do conhecimento em gestão hospitalar. Nesse sentido, a constituição de uma rede social como a InovarH é relevante para potencializar as diretrizes do SUS e as de um SLI.

2.2.1 Rede InovarH e SUS

As 39 organizações de serviços de saúde que compõem a Rede InovarH-BA são conveniadas ao SUS. A condição sistêmica encontra-se na raiz da normatização do SUS, pois, no artigo 4º da Lei Orgânica da Saúde (LOS), de número 8.080 do ano de 1990, é demonstrado o seu caráter pluriinstitucional incluindo '**Sistema**' no próprio nome desta **rede prestadora de serviços de saúde** (BRASIL, 1990).

Entretanto, a noção de rede ou de sistema não surge simplesmente de uma legislação. Partindo-se do pressuposto de que redes se formam quando há interação e colaboração entre pessoas, a configuração de redes sociais de qualquer natureza pode ser compreendida como um campo que exige dos sujeitos um novo *habitus* a fim de alcançar os objetivos institucionais e organizacionais a partir do compromisso social e da participação dos sujeitos no espaço político e social (BOURDIEU, 2009).

Se, por um lado, para esses sujeitos adquirirem um novo *habitus* são necessários determinados modelos mentais e habilidades alinhadas com o agir como parte de um sistema, por outro lado, à medida que esses sujeitos interagem, o sistema se torna mais capilar. Assim, as partes não têm sentido se isoladas do todo, do sistema.

O conceito de sistema está inserido na abordagem da Teoria Geral de Sistemas (TGS) propagada pelo biólogo e filósofo alemão Ludwig von Bertalanffy, a partir do final da década de 1920.

Existe um arranjo de modelos de sistemas, mais ou menos avançado e complexo. Certos conceitos, modelos e princípios da teoria geral dos sistemas, tais como ordem, diferenciação progressiva, retroação, características dos sistemas definidas pela teoria dos conjuntos e dos gráficos etc., são largamente aplicáveis aos sistemas materiais, psicológicos e socioculturais. Outros conceitos, tais como os de sistema aberto, definido pela troca de matéria, limitam-se a certas subclasses (BERTALANFFY, 2010, p. 51).

Antes mesmo de Bertalanffy, um filósofo bielo-russo, Alexander Aleksandrovich Bogdanov, havia estruturado, em seu livro Tectologia, a semente do devir da TGS. A TGS buscou preencher lacunas em estudos na área da Biologia, mas transcendeu a Biologia e

hoje influencia estudos nos mais diversos campos do conhecimento, principalmente na Administração. Uma síntese da proposta de Bertalanffy foi apresentada no artigo “*An Outline of General System Theory*”, publicado pelo “*The British Journal for the Philosophy of Science*” (BERTALANFFY, 1950). Segundo Bertalanffy (2010, p. 84), “um sistema pode ser definido como um complexo de elementos em interação”.

Apesar de o método científico, sobretudo o indutivo, separar as partes para, a partir do estudo destas, compreender o todo, sempre houve abordagens que destacavam o fato de que o conjunto das partes integradas – o sistema – constitui algo mais do que a soma de cada uma delas. Ainda sobre propriedades de sistema, este autor afirma

O significado da expressão um tanto mística “o todo é mais que a soma das partes” consiste simplesmente em que as características constitutivas (*de um sistema*) não são explicáveis a partir das características das partes isoladas. As características do complexo, portanto, comparadas às dos elementos, parecem “novas” ou “emergentes”. Se, porém, conhecermos o total das partes contidas em um sistema e as relações entre elas, o comportamento do sistema pode ser derivado do comportamento das partes (BERTALANFFY, 2010, p. 83).

Nessa visão, sistema é um conjunto de unidades reciprocamente relacionadas de onde decorrem dois conceitos: o de propósito (ou objetivo) e o de globalismo (ou totalidade) (MORAES, 1993). Deduz-se, assim, que sistema é um todo complexo e organizado; uma reunião de coisas ou partes que interagem formando um todo unitário e complexo. Pode-se dizer que o antônimo de sistema é o caos. No conceito de sistema está implícita a noção de relação entre as partes, de modo que o todo reúne características próprias não existentes em cada parte isoladamente. O sistema, incluindo as partes e as relações entre elas, torna-se uma entidade nova, não uma simples soma de partes. Segundo Bertalanffy (2010, p. 102), “o sistema é auto-regulador”.

O sistema só existe como tal se houver relação entre seus componentes, entidades, partes ou elementos ou subsistemas. A relação destes componentes pode ser estabelecida através de trocas de informações, energia, bens etc. Todo sistema possui quatro características básicas: 1) seus elementos; 2) as relações entre os elementos; 3) a existência de um objetivo comum; 4) a existência do entorno ou ambiente (BERTALANFFY, 1950).

Bertalanffy apresenta as leis nas quais se pauta a sua teoria: todo sistema pode ser contraído; todo sistema pode ser expandido; quanto maior a fragmentação, maior será a necessidade de coordenação do conjunto fragmentado para atuar sistemicamente; os

sistemas tendem à homeostase; nos sistemas, observa-se a sinergia, ou seja, a integração das partes gera um todo cujo resultado é maior que a soma das partes isoladamente; os sistemas respondem a mecanismos de *feedback* e de *feedforward* (BERTALANFFY, 1950).

O *feedback* é compreendido como o fenômeno através do qual parte da saída de um sistema volta para a entrada. Já o *feedforward* é compreendido como o fenômeno através do qual parte de uma entrada influencia outra entrada interferindo na saída.

O SUS, na condição de sistema, se configura na interface entre Estado, sociedade e mercado. Fleury e Ouverney (2008, p. 39, grifo nosso) relatam que

[...] a **sociedade** financia com seus impostos e contribuições, tem atitude e preserva valores em relação ao corpo e ao bem-estar, comporta-se de forma que afeta a saúde, coletivamente e/ou individualmente (poluição, sedentarismo, consumo de drogas). O **Estado**, por exemplo, define normas e obrigações (regulação dos seguros, vacinação), recolhe os recursos e os aloca em programas e ações, cria estímulos para a produção de bens e serviços, cria serviços de atenção, define lei e sanciona o acesso, desenvolve tecnologias e forma recursos humanos. O **mercado** produz insumos, oferece serviços de seguro e participa da oferta de serviços e da formação de recursos humanos.

Com base na assertiva desses autores, duas inferências são cogitadas: 1) as premissas básicas que Bertalanffy preconiza para o conceito de sistema e a sua associação ao SUS; 2) o SUS, enquanto sistema, é consequência de uma política de saúde como política social.¹⁵

Tais inferências levam à proposição de que, para a construção, operacionalização e consolidação do SUS, é necessária a conjugação de diversos aspectos, quais sejam: “políticos, sociais, econômicos, institucionais, estratégicos, ideológicos, teóricos, técnicos, culturais, dentre outros” (FLEURY; OUVERNEY, 2008, p. 39). O esforço para realizar essa conjugação caracteriza a complexidade do SUS e dos mecanismos de *feedback* e de *feedforward*, uma vez que é muito difícil isolar a participação de cada um desses aspectos em momentos independentes.

No entanto, Morin (2005a, p. 227) afirma que a TGS concebeu a ecologia de todo fenômeno material, mas “não foi suficientemente aberta, nem suficientemente organizacionista, e ela ocultou o problema-chave do refechamento”.

¹⁵“os programas sociais têm por objetivo criar uma rede de proteção social para todos os cidadãos do país, fazendo com que, diante de imprevistos como desemprego, acidentes no trabalho, doença, etc., ou em face de situações previsíveis, mas que os cidadãos, por alguma razão, não conseguiram antecipar adequadamente, como a perda da capacidade de trabalho devido à idade avançada, pouco investimento em capital humano, etc., consigam manter um padrão de vida mínimo adequado à sua sobrevivência” (CAMARGO, 2004, p. 68).

Morin diz que o

[...] sistema deve ser concebido segundo uma constelação conceitual em que ele poderá enfim tomar **forma complexa**. [...] – a problemática do todo (**o todo não é tudo**), - a problemática da organização, - o **daisen** físico do sistema (**sua situação em um ambiente e no tempo**). [...]. **O todo só funciona enquanto todo quando as partes funcionam enquanto partes**. O todo deve ser **relacionado à organização**. O todo, enfim e, sobretudo, traz em si conflitos, sombras e cisões. [...]. A dualidade entre o imerso e o emergente, o virtualizado e a atualidade, o reprimido e o expresso, é fonte de cisões e dissociações nos grandes **polissistemas** vivos e **sociais**, entre o universo das partes e universo do todo, inclusive entre **múltiplas esferas internas e a esfera do próprio todo** (MORIN, 2005a, p. 150-160, grifo nosso).

Morin defende o desenvolvimento da noção de circuito retroativo e da abertura organizacional de maneira acoplada na organização de sistemas, o que caracteriza a condição de refechamento. O circuito retroativo implica a retroação do todo enquanto todo sobre os momentos e elementos particulares dos quais o circuito é resultante.

[...] o circuito é o processo em que os **produtos** e os efeitos finais se tornam elementos e características primordiais. Isto é um **processo recursivo**: todo processo cujos estados ou efeitos finais produzem os estados iniciais ou as causas iniciais.

Eu defino aqui como **recursivo todo processo pelo qual uma organização ativa produz os elementos e efeitos [...] necessários à sua própria geração ou existência**, processo *circuitário* pelo qual o produto ou o efeito final se torna o elemento primeiro ou causa primeira. Percebe-se então a noção de circuito é muito mais do que retroativa: ela é recursiva (MORIN, 2005a, p. 231, grifo nosso).

Para um melhor esboço do SUS enquanto um polissistema social e política pública, na próxima seção são delineados os seus princípios estruturantes. Não obstante a tais digressões, é necessário pontuar que o objeto fim de investigação desta tese são os hospitais, enquanto serviços intensivos em conhecimento, e se caracterizam como um dos subsistemas do SUS. Entendem-se os hospitais como uma das organizações ativas do SUS. Estes produzem informações e, quando essas são difundidas, possibilitam efeitos para a *'produção-de-si'* e a *'re-geração'* desses no e do sistema (i.e. a ideia de recursão). Assim, o *habitus* da interação entre os sujeitos é recorrente para a condição da auto-organização e da recursividade recomendável para a organização de um sistema desta natureza.

Em trecho dos escritos de Bourdieu, percebe-se que pode haver pontos de convergência no arcabouço conceitual sobre *habitus* e sobre sistema, “[...] o todo social não se opõe ao indivíduo. Ele está presente em cada um de nós, sob a forma do *habitus*, que se

implanta e se impõe a cada um de nós através da educação, da linguagem... Tudo o que somos é produto da incorporação da totalidade” (BOURDIEU, 2002, p. 33). Percebe-se que, na concepção de Bourdieu, o *habitus* cria e é criado pelo ambiente onde os sujeitos estão inseridos, em outras palavras, ao *habitus* cabe o conceito da recursividade.

2.2.1.1 Princípios e Diretrizes Estruturantes do SUS

As raízes do SUS podem ser encontradas no processo de reforma sanitária desencadeado na década de 1970, cujo cenário político econômico no Brasil registra uma ebulição nos movimentos sociais, com mudanças institucionais e inovação em ações sanitárias. No ano de 1978 é preconizada, na declaração de Alma Ata, a equidade em “Saúde” (VECINA NETO, 2011), e esta nada mais é do que questões de oportunidade e qualidade de vida que uma Nação possibilita à sua população.

Resultante destes processos, o SUS foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde (LOS), n. 8.080/90 e n. 8.142/90. O Art. 196 da Constituição Brasileira pontua que “a saúde é direito de todos e dever do Estado”, levando à concepção do SUS (BRASIL, 2007, p. 55). A partir daí, o SUS vem sendo socialmente construído, especialmente por meio de Normas Operacionais feitas em consenso pelas três esferas de governo e materializadas em Portarias Ministeriais.

O SUS caracteriza, assim, um modelo público de ações e serviços de atenção à saúde. Para Burke (2002), modelo é uma construção intelectual que simplifica a realidade com a finalidade de apreender a sua utilidade. O SUS, como modelo de sistema,

[...] parte de uma concepção ampla do direito à saúde e do papel do Estado na garantia desse direito, incorporando, em sua estrutura institucional e decisória, espaços e instrumentos para democratização e compartilhamento da gestão do sistema de saúde (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008, p. 435).

Para tanto, o SUS se estrutura em princípios e diretrizes, os quais se materializam por meio de condições sistêmicas. Destacam-se aqui os principais princípios, quais sejam: a) universalidade de acesso; b) equidade na assistência à saúde; c) integralidade na assistência; d) participação da comunidade; e) descentralização político-administrativa; f) hierarquização e regionalização dos serviços (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008).

O SUS é visto como uma inovação, percebida por Bernardes (2003) como uma *network*, uma representação ideal de uma rede ou malha de interações sistêmicas, dinâmicas e complexas, estabelecida entre agentes dos setores público e privado, os quais englobam: um contexto instrucional (leis, regras sociais, normas culturais, rotinas, padrões técnicos); organizações, representadas por suas estruturas formais; e indivíduos. Para Lopes e Baldi (2009, p. 1007), as *networks* podem ser vistas “tanto numa perspectiva analítica quanto prescritiva de como dinamizar organizações públicas e privadas, com ou sem fins lucrativos, no enfrentamento da chamada complexidade do ambiente”.

Nesse sentido, é importante percebermos os mecanismos que propiciam a operacionalização da *network* do SUS, compreendida como rede social. Os mecanismos para isto são as relações interfederativas, a interação demandada para operacionalizar os serviços relativos aos níveis de atenção básica, a especializada e a alta complexidade, dentre outros.

Nesta rede social, “os profissionais e os gestores do SUS devem empenhar-se em organizar as práticas dos serviços, de modo a permitir que essa integração ocorra”. Tal condição remete à articulação entre “políticas de cunho econômico e social”, com a finalidade de agir sobre “os determinantes do processo saúde e doença e garantir as condições satisfatórias de saúde da população”. Esses estudiosos da saúde pública evidenciam, ainda, que a materialização da participação da comunidade se expressa, no âmbito do SUS, por meio dos conselhos de Saúde e das conferências de Saúde. Essas conferências “representam um canal permanente de diálogo e interação entre os gestores, os profissionais de saúde e a população” (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008, p. 439-440).

Conforme já relatado, a operacionalização do SUS depende das inter-relações das três esferas governamentais e dos prestadores de serviços de saúde. As inter-relações entre as esferas são entendidas nesta tese como subsistemas (i.e. o federal, os estaduais e os municipais) e caracterizam o princípio da descentralização político-administrativa. Tal fato compreende a direção única em cada um desses subsistemas, com: “a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviço de saúde” (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008, p. 440).

A descentralização implica que os governos tenham maior responsabilidade e autonomia para decidir e implantar ações e serviços de saúde, com o propósito de promover a **democratização** do processo decisório e aumentar a capacidade de resposta dos governos em relação aos problemas de saúde de uma dada população. No entanto, visto que os problemas de saúde não se distribuem

uniformemente na população, no território e no tempo, e envolvem tecnologias de diferentes níveis de especialização, complexidade e custos, **faz-se necessário organizar a rede de serviços do SUS de modo que ela ofereça os procedimentos necessários sem ociosidade** (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008, p. 440, grifo nosso).

O grande desafio é ousar e pensar os serviços de saúde de forma sistêmica, regional e integrada. Iniciativas existem a partir dos marcos regulatórios do SUS, quais sejam: as conferências nacionais, estaduais e municipais de saúde; os seminários, as políticas e diretrizes de comunicação, informação e informática em saúde; do Pacto pela Saúde; do Decreto Federal n.º 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a LOS nº 8.080/90, dentre outros.

O SUS tem como princípios doutrinários a integralidade, a equidade e a universalidade. Para a materialização destes, são instituídos princípios operacionais, reordenando o setor a exercer a descentralização do sistema por meio da municipalização, hierarquização e regionalização na *práxis* dos serviços e contar com a participação social na consecução de suas ações, o que requer inovações de gestão (BRASIL, 2007).

Nesse contexto, a definição dos serviços por níveis de atenção (hierarquização) e por sua distribuição geográfica (regionalização) é recorrente. A hierarquização se dá em três níveis: um nível mais baixo, atenção básica ou primária, onde estão os “serviços dotados de tecnologias e profissionais para realizar os procedimentos mais frequentemente necessários” (e.g. vacinas, consultas em clínica médica e pediatra, parto normal, dentre outros) (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008, p. 440-41). Em tese, é recomendável que tais serviços sejam distribuídos o mais amplamente em todo o território nacional; e mais dois níveis, o especializado (secundário) e o complexo (terciário), onde estão “os hospitais, os ambulatórios e as unidades de diagnose e terapia” (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008, p. 440-41). Esses serviços são “capazes de realizar aqueles procedimentos menos frequentemente necessários, para os quais não é aceitável a ociosidade dadas as implicações nos custos crescentes sobre o sistema” (e.g. cirurgia cardíaca, ressonância magnética, transplantes de medula óssea) (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008, p. 440-41).

Na perspectiva de operacionalizar esses princípios (doutrinários e operacionais), a LOS nº 8.080/90 dispõe sobre a organização de um Sistema Nacional de Informação em Saúde (SNIS). Vale reportar alguns pontos (i.e. artigos, incisos e parágrafos) dessa Lei que fornecem indícios da concepção do SUS como uma rede social, destacando pontos

associados à concepção de sociedade em rede, formação de estruturas reticulares e gestão da informação (Quadro 2).

Quadro 2 - Pontos da Lei Orgânica de Saúde (LOS) n. 8.080/90 ⇔ Princípios da Sociedade em Rede

LEI 8.080/90	<i>Inferências sobre</i> REDE SOCIAL ⇔ SOCIEDADE EM REDE
Art. 1º	Caracteriza o SUS e indica possíveis aproximações ao contexto de uma sociedade em rede com suas estruturas reticulares.
Art. 2º Parágrafo 3º	Ênfase na prática de indicadores em saúde e em registros informacionais em saúde, conseqüentemente, estimula a troca de informações entre as organizações de serviços e gestores de saúde.
Art. 2º Parágrafo único	Ênfase no recurso Informação que pode gerar Conhecimento .
Art. 5º Inciso I	Pode ser associado à adoção de produtos e serviços informacionais e de práticas de gestão da informação.
Art. 5º Inciso III	Sinaliza-se a possibilidade de morfologia de redes nas organizações prestadoras de serviços de saúde.
Art. 6º Inciso I	Informações e ações nos serviços de saúde; elemento diferenciador.
Art. 7º Inciso II	Sinaliza-se a possibilidade de adoção da morfologia em rede.
Art. 7º Incisos V e VI	Pode ser associado à Gestão da informação ⇔ Difusão do conhecimento.
Art. 7º Inciso VII	Gestão da informação ⇔ Fazer uso de informação em saúde para gerar ações ⇔ inovações.
Art. 7º Inciso VII	Pode ser associado ao princípio da flexibilização, um dos paradigmas da Sociedade em Rede.
Art. 7º Inciso VIII	Ênfase na interoperabilidade dos sistemas de informação e na comunicação entre os sujeitos para a consecução desta conjugação, resolução e organização; pode ser associado aos princípios da Gestão da informação ⇔ Difusão de conhecimento.
Art. 9º Parágrafo 8º	Ênfase no uso da telemática = princípio da Sociedade em Rede.
Art. 47º	Registra-se que já se passaram vinte e dois anos e ainda não foi efetivada a interoperabilidade entre os sistemas.

Fonte: elaborado pelo autor em 2010.

Os artigos, incisos e parágrafos destacados no Quadro 2 também evidenciam a amplitude social desta Lei. No Brasil, o SUS é considerado o mais importante programa social da atualidade, a maior reforma de Estado em andamento e que contribui para o processo da globalização pela base por ser uma política pública, universalista e igualitária (ALVES SOBRINHO, 2003; CARVALHEIRO, 2000). Entretanto, como um programa de inclusão social, ainda não há indícios claros de que trabalhe na perspectiva de uma morfologia em rede com real interligação entre suas partes, nem de que seja entendido como uma organização do conhecimento.¹⁶

¹⁶ Entende-se esse tipo de organização como “um conjunto de sistemas mediados por sujeitos, os quais interagem e trabalham com outros sujeitos e grupos na perspectiva de alcançarem objetivos comuns. Esses

O SUS é uma rede de organizações, de pessoas e de interesses que se interrelacionam e interdependem. Para entender esta realidade institucional complexa, é interessante também incorporar a ideia de que os processos de mudança não estão fora das organizações, mas embutidos em sua própria lógica. Ou seja, as relações criadas pelos diferentes atores organizacionais não surgem fora das organizações, mas nelas mesmas, como um meio de manter estáveis seus padrões de relações. **São um processo de fechamento ou de autoreferência, através do qual a organização tenta concretizar e reproduzir sua identidade** (JUNQUEIRA, 2000, p. 44, grifo nosso).

O SUS, na condição de rede, tem como missão traçar políticas de saúde que integrem ações curativas e preventivas, assim como articular as esferas municipal, estadual e federal. Nesse sentido, o SUS é um sistema que emerge da adoção de teorias de ação sustentadas por estratégias, normas, culturas subjacentes ao comportamento social e profissional daqueles que o compõem. Seus objetivos são capitalizar conhecimento, recursos físicos, tecnológicos, materiais, equipamentos e trabalho para consolidar esta rede e integrar ações desenvolvidas por meio das organizações prestadoras de serviços, da sociedade e do governo.

Lopes e Baldi (2009), a partir dos estudos de Nitin Nohria sobre redes sociais, elucidam a compreensão sobre cinco premissas, a saber:

A **primeira premissa** diz que todas as organizações são, em importantes aspectos, redes sociais e devem ser endereçadas como tal. As redes sociais são conceituadas como ‘um conjunto de pontos de intercessão (pessoas, organizações), ligados por um conjunto de relacionamentos sociais (amizades, transferências de fundos, participação em atividades comuns) de um tipo específico’ (NOHRIA, 1992, p. 4). A **segunda** é de que um ambiente organizacional é apropriadamente entendido como uma rede de outras organizações. A **terceira** refere-se ao fato de que as ações (atitudes e comportamentos) dos atores nas organizações são mais bem explicadas em termos de posição nas redes de relações. A **quarta** aborda a questão de que redes constroem ações, mas são moldadas por elas. Portanto, concebe-se que as redes estão em contínua construção, reproduzidas socialmente e alteradas como resultados das ações dos atores. Assim, **redes podem ser entendidas como processo e como estrutura**, continuamente moldadas e remodeladas pelos atores que são, por sua vez, limitados pelas posições estruturais nas quais se encontram. A **quinta** premissa diz que a análise comparativa das organizações deve levar em conta suas características de rede (LOPES; BALDI, 2009, p. 1012, grifo nosso).

Essas cinco premissas podem ser associadas a reflexões sobre a conformação da *network* do SUS. Mendes (2011) chama a atenção para a importância do trabalho integrado

objetivos só se concretizam se os sujeitos que conformam a organização tiverem engajados em atividades de interesse coletivo” (CHOO, 2003, p. 353).

com o objetivo de tornar o SUS efetivo, com redução de ações duplicadas e, conseqüentemente, com custo reduzido. Para ele, em consonância com as relações dos entes interfederativos, as redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de um conjunto de serviços de saúde que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde, prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo, qualidade e responsabilidade sanitária e econômica sobre esta população. Com estes atributos, torna-se fácil compreender a importância da instituição das redes na atenção em saúde por meio do **conhecimento** de sua população, da utilização de políticas de regionalização do SUS, organização do sistema de forma poliárquica em uma espécie de contínuo de ação integrada em todos os níveis de atenção, que envolvem a promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e palição. Enfatiza-se, portanto, que para o alcance desta perspectiva de rede é indispensável à integração entre sujeitos e organizações, e à expansão da rede, ampliando sua capilaridade.

Nas redes, os objetivos, definidos coletivamente, articulam pessoas e instituições que se comprometem a superar de maneira integrada os problemas sociais. Essas redes são construídas entre seres sociais autônomos, que compartilham objetivos que orientam sua ação, respeitando a autonomia e as diferenças de cada membro. Daí a importância de que cada organização pública – estatal ou privada – desenvolva seu saber para colocá-lo de maneira integrada a serviço do interesse coletivo (JUNQUEIRA, 2000, p. 39).

Conclui-se que as ações e as responsabilidades do Estado na área da saúde são várias. Para tanto, é indispensável parceria com outros setores de governo (i.e. o desenvolvimento científico e tecnológico; a formação de pessoal; a provisão e regulação de insumos para a saúde; a política industrial, de urbanização, saneamento e educação) (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008).

A Rede InovarH-BA busca fortalecer parcerias no âmbito da formação de pessoal e do desenvolvimento científico e tecnológico dos hospitais integrantes do SUS. Esta articulação, somada aos seus objetivos, caracteriza a configuração dessa Rede tal qual a do modelo de um SLI.

2.2.2 Rede InovarH e Sistema Local de Inovação

Considerando que a LOS prevê que as estruturas que compõem o SUS trabalhem em conjunto, os princípios doutrinários e operacionais do SUS poderão se concretizar mais amplamente à medida que os sujeitos que o conformam incorporarem o *habitus* da interação. É pertinente alinhar esses princípios ao processamento e ao uso da informação, objetivando criar significado do seu ambiente, construir conhecimento para inovar em suas ações e para subsidiar as tomadas de decisões das três esferas institucionais interfederativas e dos agentes de serviços, incluindo os hospitais que conformam esse sistema. Em contrapartida, possibilitará, ainda, o aprendizado contínuo e a adaptação às intempéries às quais um sistema de saúde de uma nação está sujeito, alicerçando a sua manutenção e o seu desenvolvimento.

A indução e a implementação da Rede InovarH-BA contribui para a articulação das organizações prestadoras de serviços de saúde, com vistas a minimizar os desafios de operacionalizar um sistema em rede, tal como a proposta do SUS. Tais articulações, nesta tese, são compreendidas como similares às articulações promovidas pelas políticas de inovação. Assim, faz-se necessário o entendimento sobre a configuração de um SLI.

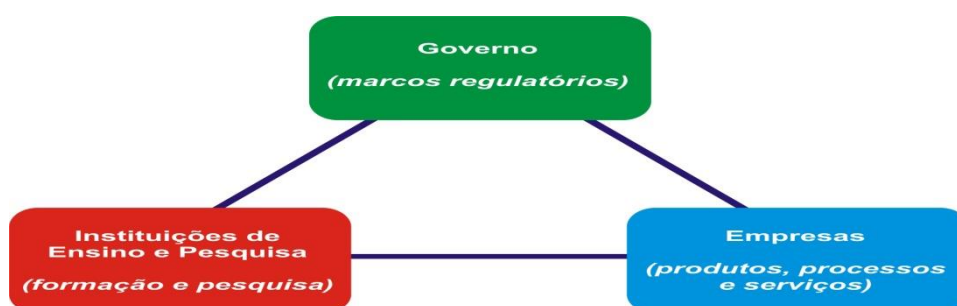
2.2.2.1 Elementos Estruturantes de um SLI

Durante a *World Order Models Conference*, em 1968, na Itália, dois pesquisadores argentinos, Jorge Sábato e Natalio Botana, defenderam a proposta de substituição de importações antes apresentada por Celso Furtado, destacando a necessidade de impulsionar o desenvolvimento tecnológico para garantir a sustentabilidade do crescimento econômico. Na defesa deste argumento, os pesquisadores afirmaram que, para garantir a sustentabilidade da proposta com base no desenvolvimento tecnológico, é recomendável que o setor produtivo implemente uma dinâmica de melhoria de produtos e processos, o que não seria viável sem uma articulação com as instituições científico-tecnológicas e o governo. Assim, surgiu o modelo conhecido como "Triângulo de Sábato", no qual o vértice superior seria ocupado pelo governo, ligado por um lado ao setor produtivo – empresas e indústrias –, e, por outro, às instituições científico-tecnológicas – a Academia. A estabilidade

do Triângulo, sua base, estaria assentada na interação entre o setor produtivo e as instituições científico-tecnológicas.

A proposta do Triângulo de Sábado surgiu dos estudos de política latino-americana para a ciência e tecnologia voltadas para a substituição de importações, mas uma generalização foi proposta por Loet Leydesdorff e Henry Etzkowitz, e é conhecida como modelo da Hélice Tripla (ETZKOWITZ; LEYDSDORFF, 2000). Os modelos mais simples de sistema de inovação baseiam-se nestas concepções do Triângulo de Sábado e na Hélice Tripla (Figura 1).

Figura 1 - Representação do Triângulo de Sábado



Fonte: Adaptação de Cunha e Ribeiro (2009), fundamentado em Etzkowitz e Leydsdorff (2000).

Como registro histórico, no final dos anos 80, Chris Freeman foi o primeiro a usar a expressão “Sistema de Inovação”, quando realizava um estudo sobre o desenvolvimento econômico japonês. Um pouco mais tarde, Lundvall adicionou o termo “Nacional”, quando tratou de Sistema Nacional de Inovação, baseando-se na teoria shumpteriana de inovação e no aprendizado interativo. Freeman definiu sistema de inovação como a rede de instituições públicas e privadas cujas atividades e interações iniciam, modificam e difundem novas tecnologias (FREEMAN; SOETE, 2000).

Para a Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), os sistemas nacionais de inovação (SNI) podem ser entendidos como

[...] conjunto de instituições distintas que conjuntamente e individualmente contribuem para o desenvolvimento e a difusão de novas tecnologias, e que fornecem a base segunda a qual os governos formulam e implementam políticas para influenciar o processo de inovação (OCDE, 1999, p. 24, tradução nossa).¹⁷

¹⁷ “National innovation systems are defined as the set of distinct institutions which jointly and individually contribute to the development and diffusion of new technologies and which provide the framework within which governments form and implement policies to influence the innovation process”.

Os sistemas de inovação são caracterizados por sua capacidade de interação, mediante a articulação dessas instituições, com a finalidade da produção de conhecimento, a difusão deste conhecimento e a utilização dele. Os atores principais de um SNI são: Empresas, Instituições de Ensino Superior e Governo (OCDE, 1999).

Segundo a OCDE (1999), os sistemas nacionais de inovação expressam o complexo arranjo institucional que, impulsionando o progresso tecnológico, determina a riqueza das nações. A compreensão dos Sistemas de Inovação, presumindo contribuições de conhecimento acadêmico para a economia (*science/technology push*, estimulado pela ciência/tecnologia) ou vice-versa (*demand/market pull*, demandado pelo mercado), deu lugar a um modelo de inovação em que universidade, empresa e governo formam um *habitat* de inovação no seio da sociedade.

A concepção de Sistema de Inovação evoluiu e hoje os sistemas nacionais de inovação caracterizam-se por englobar um grande número de instituições, órgãos e empresas, além de apresentarem diversas leis e normas, pautando-se em um marco regulatório complexo. De acordo com Silva, Suassuna e Maciel (2009), um **Sistema de Inovação** é uma rede de organizações governamentais, empresas e outros agentes econômicos, com políticas que influenciam o comportamento inovador e introduzem novos produtos, processos e formas de produção.

A noção de sistema de inovação coloca ênfase na interação entre governo, empresas e instituições de ensino e pesquisa para a utilização de fluxos estratégicos de informação e criação de conhecimento. Porém na implantação de um sistema de inovação, seus atores deparam-se com a necessidade de mudanças na cultura organizacional, empresarial ou institucional e essas mudanças, por sua vez, dependem de reformas institucionais e transformações nas concepções de missões e valores. Raramente ocorrem as mudanças radicais nos esquemas e procedimentos institucionais criados ao longo de gerações. Portanto, a participação dos atores nos sistemas de inovação não é independente da herança histórica e da trajetória institucional, e, do ponto de vista intrainstitucional, a mudança de cultura é o passo que exige maior e mais prolongado esforço.

Em relação ao modelo de estruturação de sistemas locais de inovação, Silva, Suassuna e Maciel, (2009, p. 29) afirmam que

[...] este modelo possui diversas aplicações, podendo ser utilizado para explicar e modelar ambientes locais, analisar suas potencialidades e fragilidades, entender os requisitos para o desenvolvimento de programas de promoção do desenvolvimento local, guiar o estabelecimento de políticas locais de desenvolvimento, entre outros usos. Além disso, permite que o papel dos parques tecnológicos e das incubadoras de empresas possam ser mais claramente definidos no contexto das políticas, instituições, organizações e da governança do processo de desenvolvimento local.

No Sudoeste do Estado do Paraná, Brasil, durante o processo de criação de um sistema regional de inovação, foram identificados atores que poderiam fazer parte do esforço de estímulo à inovação. Foi assim estabelecida uma classificação simplificada desses atores em cinco categorias (SRI, 2010), desdobrando as três categorias preliminarmente apresentadas no Triângulo de Sábado:

- a) Setor governamental: entidades dos diversos níveis de governo que definem e implementam políticas, induzem e viabilizam projetos estratégicos e criam infraestrutura e mecanismos de estímulo para implantação de empresas;
- b) Setor empresarial: empresas e suas entidades representativas, cujo papel é transformar o conhecimento e a inovação em riqueza, através da produção de bens e serviços de alto valor agregado demandados pelo mercado;
- c) Setor tecnológico: centros e institutos cujo papel é desenvolver ou apoiar o desenvolvimento de tecnologia e transferi-la às empresas;
- d) Setor acadêmico: entidades de ensino cujo papel é formar recursos humanos na área tecnológica e em outros setores necessários para o desenvolvimento sustentado na sociedade do conhecimento;
- e) Setor institucional: entidades públicas e privadas cujo papel é facilitar o processo de desenvolvimento e inovação tecnológica no seu conjunto, através de atividades de intermediação ou de prestação de serviços específicos às entidades dos demais setores.

A abordagem para a estruturação deste Sistema de Inovação foi posta, não em uma organização institucional específica, mas sim, na rede de relações entre as entidades integrantes dos setores tecnológico, acadêmico, empresarial, governamental e institucional.

Tal configuração coloca ênfase na interação entre governo, empresas ou organizações produtivas e instituições de ensino e pesquisa para a utilização de fluxos estratégicos de informação e criação de conhecimento (OCDE/FINEP, 2004 e 2005). O

objetivo desta interação tem sido promovido e discutido por teóricos, pesquisadores da saúde pública e gestores do SUS (GADELHA, 2003; BRASIL, 2007b, p. 93, grifo nosso).

É possível demarcar claramente um conjunto particular de setores e segmentos econômicos que estão inseridos no contexto da saúde. Apesar de sua dispersão em termos tecnológicos, a produção industrial em saúde conflui para mercados fortemente articulados que caracterizam a prestação de serviços de saúde (hospitalares, ambulatoriais e de saúde pública), condicionando à dinâmica competitiva e tecnológica que permeia as indústrias da área. Há, de fato, um ambiente econômico, político e institucional em saúde que permite caracterizar mercados fortemente interligados e interdependentes. Como contrapartida, é possível pensar **políticas industriais, tecnológicas e sociais que apresentem um grande potencial de articulação, permitindo a concepção de intervenções, sistêmicas e de alta relevância** para o ritmo e o direcionamento das inovações do país e para a competitividade empresarial nos setores da Saúde.

Assim, na proposta da Rede InovarH-BA estão incluídas ações que resultam em intervenções direcionadas a inovações gerenciais hospitalares. As inovações gerenciais conjugam vantagens políticas, sociais e técnicas e agregam valores nos processos assistenciais e administrativos; por conseguinte, promovem crescimento, desenvolvimento e efetividade da competitividade nos processos de produção. Compreende-se esta natureza de inovação como a proposição de novas estratégias organizacionais, a implementação de novas estruturas organizacionais e a introdução de novos meios e técnicas capazes de reestruturar serviços, processos de trabalho e trocas de bens tangíveis e intangíveis.

Competitividade, nas instâncias dos serviços de saúde, pode ser entendida como a capacidade de esses serviços formularem e implementarem estratégias gerenciais, permitindo-lhes ampliar ou conservar uma posição sustentável na atenção à saúde. Esse termo é utilizado na orientação de políticas industriais desde os anos 1980 nos países periféricos da América Latina. No entanto, seu conceito posicionava-se de forma míope e superficial, uma vez que os articuladores políticos a consideravam decorrente “da especialização na produção de bens e serviços intensivos em recursos naturais e com baixo valor agregado; da diminuição dos salários; da informalidade e da precarização das condições de trabalho” (FERRAZ; KUPFER; HAGUENAUER, 1995; LASTRES; CASSIOLATO, 2005, p. 8). Tal concepção caracterizava a competitividade no sentido espúrio.

Em uma economia voltada à inovação, considerando as organizações que aprendem, a competitividade é sustentada e dinamizada a partir da capacidade das instituições e organizações aprenderem e criarem competências. Essas competências são subjacentes às

especificidades das pessoas e à qualificação dessas em criar e aperfeiçoar o processo de produzir e inovar, fatores que se ampliam quando as pessoas têm o *habitus* da interação.

Para Lastres e Cassiolato (2003, p. 4), sistemas de inovação contêm forte capacidade endógena de gerar inovações. Esses autores afirmam que

[...] sistemas produtivos e inovativos locais são aqueles arranjos produtivos em que interdependência, articulação e vínculos consistentes resultam em integração, cooperação e aprendizagem, com potencial de gerar incremento da capacidade inovativa endógena, da competitividade e do desenvolvimento.

Nesse contexto, a construção de identidades e a formação de vínculos territoriais contribuem para efetivar os arranjos inovativos, tais como os SLI, dado que eles exigem uma base local, cultural, política e econômica comum (LASTRES; CASSIOLATO, 2005, p. 2). Não descartando, assim, a semântica da palavra território, o significado de *terroir*. Essa palavra focaliza atributos que distinguem e agregam valor a bens e serviços de uma região ou localidade (ALBAGLI, 2006).

Há, portanto, um processo histórico de construção de vínculos territoriais, no qual a condição sistêmica é necessária. Tal condição favorece a interação, cooperação e confiança entre atores, a fim de se munirem de características como: dimensão territorial; diversidade de atividade e atores econômicos, políticos e sociais; conhecimento tácito; inovação e aprendizagem interativas; governança; e grau de enraizamento (CASSIOLATO; LASTRES; SZAFIRO, 2000; LASTRES; CASSIOLATO, 2005).

A dimensão territorial representa a análise e a ação política, definindo o espaço dos processos produtivos, inovativos e cooperativos do local. A diversidade reúne a participação e a interação das organizações produtivas de bens e serviços finais e intermediários (concorrentes e fornecedores), além das diversas instituições públicas e privadas, que formam e qualificam pessoas, realizam pesquisa, promovem desenvolvimento de engenharia, programas de promoção e financiamento (universidades, instituições de pesquisa, empresas de consultoria e de assistência técnica, organizações públicas e privadas).

Neste contexto, é relevante compreender a elocidade entre o SUS e o complexo industrial da saúde.¹⁸

2.2.2.2 Interfaces entre o SUS e o Complexo Industrial da Saúde

Para visualizar a articulação do SUS com base na concepção de um sistema de inovação em saúde é necessária uma contextualização das políticas nacionais nesta área.

Os sistemas de saúde modernos são o lugar onde se expressam as intervenções “médico-sanitárias”, em virtude de os mesmos organizarem a prestação de serviços e a utilização de produtos, processos, procedimentos, e normas técnicas. Esses sistemas se caracterizam como estruturas complexas com vistas a manter ou recuperar a saúde de populações humanas (BRASIL, 2007b, p. 14).

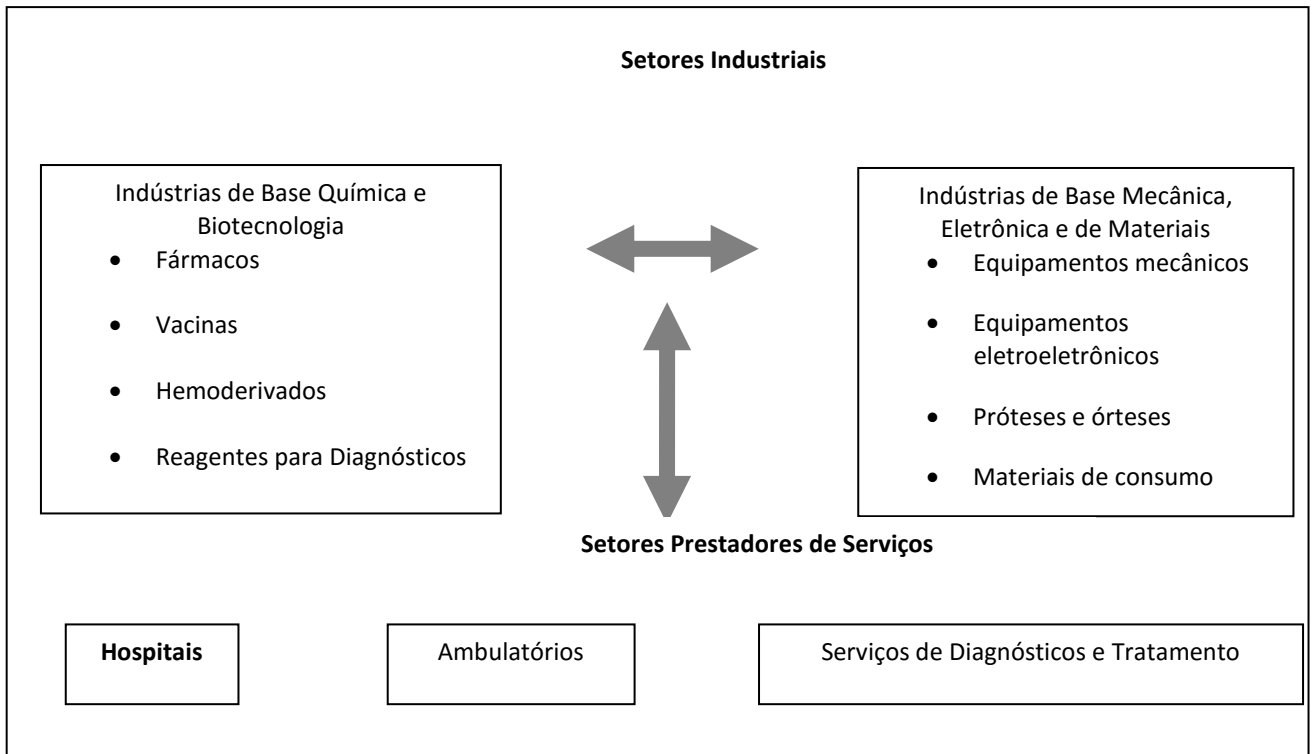
A pesquisa em saúde relacionada aos sistemas de inovação torna-se recomendável na resolução de problemas sócio-sanitários complexos. Entende-se que sistemas desta natureza são arranjos institucionais e organizativos complexos, atuando sinergicamente na descoberta de novos produtos e processos para suprir demandas sociais (BRASIL, 2007b). Sob esta ótica, os sistemas setoriais de inovação em saúde são relevantes para as demandas da sociedade. Esses sistemas, isomorfos a redes, integram o complexo industrial da saúde, conforme Figura 2.

Nos setores industriais de saúde, estão inseridas organizações que produzem medicamentos e fármacos, vacinas, dispositivos diagnósticos, hemoderivados e equipamentos médicos, as quais são detentoras de intensa agregação de conhecimentos científicos e tecnológicos. Nos setores prestadores de serviços, encontram-se os hospitais, ambulatórios e serviços de diagnósticos e tratamento, caracterizados como serviços de maior densidade tecnológica, além de uma gama de profissionais (BRASIL, 2007b, p. 22). Nesses serviços, existem profissionais de formações multidisciplinares e multirreferenciais,

¹⁸ O conceito da indústria de serviços em saúde configura a região onde o serviço é prestado, isto é, o aglomerado das organizações. Já a economia da saúde configura o conjunto dessas organizações, as quais estabelecem a intercomunicação entre as regiões onde os serviços são prestados e as regiões onde os demais atores se encontram (serviços de saúde, fornecedores e organismos que estabelecem as políticas de saúde). Tais organizações conformam um aglomerado multiorganizacional, adequado à realidade do conceito dos serviços de saúde, que compreende a macroespecialização, por meio da conexão translocal (MENDES; CUNHA, 2007).

desde a concepção até a operacionalização, configurando a complexidade das elocidades neste tipo de organizações produtivas (CUNHA, 2005).

Figura 2 - Complexo Industrial da Saúde: caracterização geral



Fonte: elaborado fundamentado em Gadelha (2003, p. 524).

Se, por um lado, o segmento prestador de serviços de saúde não é enfatizado na dinâmica econômico-industrial de saúde. Por outro, este é incorporado nesse complexo, seguindo a lógica empresarial e industrial, conformando, assim, a demanda para os demais segmentos. Observa-se que, em particular, os prestadores de serviços se caracterizam como a “base estruturante que permite delimitar a existência de um complexo integrado de atividades na área social” (BRASIL, 2007b, p. 95).

No contexto das políticas públicas brasileiras voltadas às questões da saúde, a construção do SUS pode ser considerada uma inovação. A configuração desse sistema é o marco de um compromisso ético entre Estado e sociedade civil. O SUS constitui uma rede ou malha de interações dinâmicas e complexas, com os objetivos de: a) definir políticas de saúde que integrem ações curativas e preventivas; b) articular as esferas municipal, estadual e federal; c) definir estratégias que orientem o complexo industrial da saúde.

Uma vez considerados os hospitais como integrantes do SUS, e considerando que as atividades destes mobilizam o complexo industrial da saúde, pode-se dizer que os hospitais fomentam a “economia” da saúde. Essa economia é de espectro amplo, pois a indústria da saúde se posiciona no contexto da economia mundial, relacionando-se direta e indiretamente com outros setores produtivos, na condição de indutor ou supridor de demandas, gerando agregados à renda e ao produto nacional.

Com base neste enfoque, as premissas de um SLI são pertinentes para a consolidação da proposta inovadora do SUS e vão ao encontro das especulações teóricas sobre inovação tecnológica. A existência de um SLI pressupõe o papel de atores locais (ou regionais) na articulação para a criação de conhecimento tecnológico, por meio de mecanismos formais ou informais, e a inserção desses conhecimentos em sistemas produtivos. Essas articulações necessitam da existência de “um mínimo indispensável de ativos científicos e tecnológicos”, constituídos por meio de instituições de ensino e/ou pesquisa que referendam organizações “inovadoras ou a inovar” (SENDIN; APPOLONI, 2006, p. 1). Tal condição por si só não é suficiente, pois a consequência dessa articulação pressupõe a ação desses ativos para gerar sinergia, proporcionando o desenvolvimento da competitividade sustentável de um dado território (SENDIN; APPOLONI, 2006, p. 1). Estes autores enfatizam, ainda, que nos SLI, ou *innovation clusters*, é imperiosa a presença de um conjunto de entidades geradoras, captadoras ou adaptadoras de conhecimento científico e tecnológico e, ainda, um ambiente favorável a transformar esse conhecimento em inovação.

A abordagem sobre a inovação tecnológica advém dos estudos de teóricos da economia e da administração. Nesses estudos, são consideradas as elocidades entre aglomerados produtivos, instituições governamentais e organizações científicas como imprescindíveis para fomentar o fluxo do conhecimento e promover o desenvolvimento sustentável de um dado território (ALBAGLI, 2006; BESSANT; TIDD, 2009; CASSIOLATO; LASTRES; SZAFIRO, 2000; LASTRES; CASSIOLATO, 2005; MYTELKA; FARINELLI, 2000; PEREIRA; FREITAS; SAMPAIO, 2007; SUZIGAN; GARCIA; FURTADO, 2002; TIDD; BESSANT; PAVITT, 2008).

O Brasil compartilha dessa visão e busca promover a inovação por meio de ações públicas, como evidenciado na promulgação da chamada Lei de Inovação (Lei n.º 10.973/04) e no seu decreto de regulamentação de outubro de 2005, com vistas ao alcance da autonomia tecnológica e do pleno desenvolvimento sustentável do País. Essa Lei define

inovação como “introdução de novidade ou aperfeiçoamento no ambiente produtivo ou social que resulte em novos produtos, processos ou serviços” (BRASIL, 2004, Artigo 2º).

No entanto, Leone (1991) preconiza alguns obstáculos para efetivar políticas voltadas à inovação, quais sejam: organizacionais, decisoriais e individuais.

[...] **organizacionais**: pobreza de recursos; gestão centralizada; situação extra-organizacional incontrolável; [...] ausência de atividade de planejamento formal; [...] estratégia intuitiva e pouco formalizada; sistemas de informações simples.

[...] **decisoriais**: tomada de decisões intuitivas; horizonte temporal de curto prazo; [...] alto grau de autonomia decisoriais; [...].

[...] **individuais**: onipotência do proprietário-dirigente; identidade entre pessoa física e pessoa jurídica; dependência ante certos empregados; influencia pessoal do proprietário-dirigente; [...] propensão a riscos calculados (LEONE, 1991, p. 94, grifo nosso).

Não obstante a tais obstáculos, os SLI não podem estar descolados das assertivas de um Sistema Nacional de Inovação (SNI). Um SNI viabiliza um conjunto de incentivos e recursos, leis e regras, modelando e suportando, genericamente, processos de inovação nas organizações produtivas. No Brasil, o SNI respalda-se em um arcabouço institucional por meio de leis e instrumentos legais, tais como a Lei de Inovação, Lei de Propriedade Industrial e Fundos Setoriais de Fomento à Pesquisa, ao Desenvolvimento e à Inovação. Essas leis, associadas ao conjunto de organizações financiadoras, executoras e reguladoras, tais como ANVISA, INPI, FINEP, CNPq e outras agências de fomento, representam alguns dos componentes do SNI. Nesse contexto, fica sob a responsabilidade dos atores locais (governos, organizações produtivas, academias, centros tecnológicos, fundações estaduais de amparo à pesquisa) atuarem de maneira competente na utilização dos componentes do SNI com a finalidade do desenvolvimento local (SILVA; SUASSUNA; MACIEL, 2009).

Assim, estas concepções de sistema de inovação, seja nacional, seja local, são aderentes às revoluções gerenciais ocorridas a partir de meados do século 20. Elas destacam o fato de que inovação quase sempre surge como fruto da criação e do compartilhamento de conhecimento. Conforme Gadelha (2005), a geração de conhecimentos em saúde nas instituições acadêmicas está intimamente associada às ações do complexo industrial da saúde que, por sua vez, produzem e difundem inovações, trazendo, como consequência, dinamismo econômico e impacto social. Tais assertivas ressaltam o papel dos hospitais como organizações de serviços intensivas em conhecimento.

2.2.2.3 Os Hospitais como Organizações de Serviços Intensivas em Conhecimento

Conforme Mendes, Cunha e Machado (2009), após a Segunda Guerra Mundial, evidências empíricas demonstram a importância do crescimento do setor de serviços para as economias industrializadas, principalmente no que se refere à participação no produto e no emprego formal.

O setor de serviços não pode ser tratado de modo homogêneo. Estudos sobre a economia desse setor apontam para o desafio de uma classificação setorial, dada a sua heterogeneidade. Quando se trata de estudar a inovação em serviços, o desafio se amplia, dado que, neste setor, uma das principais características de suas atividades reside no fato de que as tecnologias envolvidas geralmente apresentam a forma de habilidades e conhecimentos personificadas individualmente e implementadas diretamente quando ocorre a oferta do serviço. Assim, a prestação de um serviço envolve a mobilização de competências individuais, como educação, treinamento contínuo e experiência na atividade (BERNARDES; KALUP, 2007).

Dada a complexidade para elaborar uma taxonomia para o setor de serviços, parte-se da premissa que a estrutura de mercado configura-se por meio de diferentes *performances* e dinâmicas setoriais. Pavitt (1984) desenvolveu uma taxonomia considerando as características tecnológicas do setor industrial. Mais tarde, Miozzo e Soete (2001) reanalisaram esta taxonomia, baseando-se nos elos tecnológicos existentes entre setores industriais e de serviços. Assim, os serviços foram organizados nas seguintes categorias:

- a) dominados por fornecedores, ao qual se incorporam os serviços coletivos, sociais e públicos, como saúde, educação e serviços pessoais, como alimentação, embelezamento etc.;
- b) intensivos em escala, que envolvem tipos de serviços com diferenciados padrões de divisão do trabalho. Aqui, a difusão das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) permite ampla integração na produção. São exemplos, os transportes, serviços de comércio, viagens e distribuição;
- c) organizados em redes de informação, que são compostos por empresas dependentes das redes de TIC. São exemplos bancos, serviços de telecomunicação, telemarketing etc.;

- d) baseados em ciência e fornecedores especializados em tecnologia, nos quais se incluem os serviços de *software* e especializados, P&D, engenharia de projeto e *design*. São empresas que funcionam como fontes de inovação para outros segmentos de serviços e de indústrias.

Observa-se, assim, que existe uma complementaridade entre indústrias e prestadores de serviços, e que as TICs têm contribuído para esta integração e para o surgimento de Serviços Intensivos em Conhecimento (SIC).

Na dimensão econômica da saúde, os prestadores de serviços da saúde articulam a lógica econômica com a lógica sanitária, e se caracterizam como organizações estratégicas por gerar conhecimento e por promover a interface e dinamizar segmentos produtivos potenciais “na geração de renda, emprego, exportações e de redução da dependência em saúde” (BRASIL, 2007b, p. 92). Assim, a dimensão econômica da saúde relaciona-se, não apenas às questões dos gastos, mas, também, ao fato de que a prestação de serviços em saúde promove oportunidades de inserção do complexo industrial da saúde em estratégias de desenvolvimento mais amplas, tais como:

[...] a implantação ou ampliação de uma planta farmacêutica, o estímulo aos fitoderivados, **a participação da saúde em centros e pólos de geração e difusão de inovações**, a instalação de uma nova unidade hospitalar de referência em uma região específica, entre outras possibilidades, abrem caminhos para fortalecer a saúde como área estratégica de desenvolvimento dos estados (BRASIL, 2007b, p. 92, grifo nosso).

A saúde passa a ser vista como uma parte da solução que abre frentes de expansão econômica e de geração de renda e emprego em segmentos de alta densidade de conhecimento e inovação. Nesse sentido, os hospitais podem ser considerados como um SIC, uma vez que atendem à grande parte das características dos SIC, quais sejam:

- a) alta *performance* na geração de renda, divisas e valor adicionado, na tendência à internacionalização das atividades negociais, na concorrência baseada na disseminação de novos padrões tecnológicos e de TIC para serviços, e em criação, produção, desenvolvimento e difusão de conhecimentos para outras firmas e setores econômicos;
- b) serviços intensivos em recursos humanos de alta qualificação e especialização são formados por empresas implementadoras e usuárias de inovações e TIC;

- c) realização e venda de serviços de P&D, com altas taxas de crescimento na economia, por ofertarem serviços customizados, e
- d) estabelecimento de fluxos intersetoriais de conhecimento e de *expertise*.

No Brasil, os hospitais caracterizam-se por constituírem o centro do sistema de saúde, respondendo por dois terços dos gastos do setor, empregando profissionais de alta qualificação e especialização e são centros de formação e treinamento, além do principal ambiente de desenvolvimento e adoção de novas tecnologias. Alguns hospitais incorporam novos arranjos organizacionais, modernas técnicas de gerenciamento e práticas de melhoria da qualidade, adotando mudanças rápidas em tratamentos e tecnologias (FORGIA; COUTTOLENC, 2009). No Brasil, algumas dessas organizações são comparáveis aos melhores hospitais existentes nos países de renda alta, podendo ser considerado como SIC. No entanto, isso não pode ser generalizado para o país inteiro, pois não é o que se verifica na maioria dos hospitais brasileiros, nos quais o desempenho deixa a desejar, faltando informação e apresentando baixa qualidade e produtividade, além de falta de responsabilização gerencial. De forma geral, nos hospitais são necessários aprimoramentos tanto nos serviços assistenciais como administrativos. Espera-se que os gestores estejam habilitados para propor melhorias, muitas das quais se configuram como inovações gerenciais.

As **inovações gerenciais** visam ao desenvolvimento de novos serviços, modificando ou introduzindo melhorias contínuas nos métodos de gestão da assistência e da administração da produção de serviços complementares às atividades fins. Assim, adaptar as tecnologias desenvolvidas por outros setores às necessidades dos serviços de saúde e melhorar o desempenho das técnicas existentes constituem um desafio presente às práticas gerenciais atuais, no cenário da globalização, da sociedade em rede, do aprendizado, do conhecimento e da informação (MENDES; CUNHA, 2007).

Conforme Cunha (2005, p. 29), muitas destas práticas são subsidiadas por meio do uso das TIC, que representam uma transição entre o raciocínio analógico e o digital, afetando, radicalmente, as relações sociais e de trabalho, o que fundamenta o princípio da Sociedade em Rede. As TICs, como instrumentos de gestão, podem ser associadas à telemática, que compreende o enlace de tecnologias de informação e as redes de comunicação (humanas, automatizadas, e virtuais). Assim, os processamentos eletrônicos de dados e informações tornam-se potentes instrumentos para a gestão, exercendo as funções

de força produtiva e de ferramenta de monitoramento e avaliação voltada para a geração de conhecimento e aprendizagem organizacional.

Uma vez caracterizados os hospitais como organizações intensivas em conhecimento, essas organizações configuradas e estruturadas em um SLI, por conseguinte, em redes de inovação e aprendizagem, potencializa o desenvolvimento econômico sustentável de um território. Para Mendes e Cunha (2007), a constituição de redes interorganizacionais em saúde é concebida como uma ferramenta que viabiliza o processo de cooperação entre as organizações. Tal cooperação é entendida no sentido da difusão de experiências em aprendizagem e inovação dos processos gerenciais em saúde, nos quais a adoção do *e-Health* entre os atores desse segmento tem como objetivos “aprimorar de forma intensa a qualidade, o acesso e a eficiência do atendimento à Saúde”, bem como “reduzir os custos dentro da cadeia de assistência à saúde” (CHRISTENSEN et al., 2009; HUMMEL, 2006, p. 87).

Considera-se *e-Health* todas as TICs voltadas para o setor saúde que, associadas às Redes Colaborativas ou Interorganizacionais, fomentam o processo de aprendizagem organizacional e inovação gerencial. Segundo Hastenreiter Filho (2005, p. 97), os estudos dessas redes estão em progressivo desenvolvimento como objetos das ciências gerenciais e como instrumento para o desenvolvimento da competitividade e sustentabilidade dos seus integrantes (CHRISTENSEN et al., 2009; DOYLE, 2000; MAJOR; CORDEY-HAYES, 1999; PEREIRA et al., 2007; RICHTER, 2000).

Na perspectiva de desenvolver as competências nas organizações intensivas em conhecimento, o processo de aprendizagem organizacional não pode estar descolado da *práxis* dos sujeitos integrantes dessas organizações. Nesse sentido, o Capítulo 3 desta tese aborda tal processo associado ao processo de inovação gerencial e às redes de inovação e aprendizagem. Entretanto, antes de finalizar este capítulo, na próxima seção será abordado o fenômeno da complexidade no contexto dos sistemas e redes voltados à dinâmica dos serviços de saúde.

2.3 O *COMPLEXUS* DOS SISTEMAS E REDES DE SERVIÇOS EM SAÚDE

O foco desta seção é discorrer sobre os fenômenos complexos a partir das ideias de Edgard Morin, associando-as à temática desta tese (i.e. rede de inovação e aprendizagem em gestão hospitalar). Justifica-se este aporte epistemológico uma vez que, nas seções

anteriores, a palavra complexidade aparece em várias assertivas ponderadas, caracterizando alguns fenômenos como *complexus*, quais sejam: hospitais como organizações complexas; sistemas e políticas de saúde são complexos; os sistemas de inovação possuem ações e elocidades sistêmicas complexas, dentre outras.

Morin (2007, p. 13) esclarece o entendimento de *complexus*:

[...] a complexidade é um tecido (*complexus*: o que é tecido junto) de constituintes heterogêneas inseparavelmente associadas: ela coloca o paradoxo do uno e do múltiplo. [...] a complexidade é efetivamente o tecido de acontecimentos, ações, interações, retroações, determinações, acasos, que constituem nosso mundo fenomênico.

Logo, nesta tese, não cabe uma análise das revisões conceituais por meio do pensamento cartesiano nem do holístico, mas sim, do pensamento complexo. Naves e Rocha Neto (2008) sintetizam, por meio de uma comparação não exaustiva das limitações, potencialidades e características das formas de pensar, conforme ilustrado no Quadro 3.

Assim, o pensamento complexo cabe na análise da temática das redes de hospitais como mecanismo de difusão de conhecimento em gestão hospitalar. Se, por um lado, os hospitais integram um subsistema (parte) do SUS (total), por outro, os hospitais são dependentes de outros subsistemas do SUS e de outros sistemas, quais sejam: das relações interfederativas (município, estado e federal); do complexo industrial da saúde; da ciência e da tecnologia; de sistemas que interferem nas condições de saúde das populações (educação, comunicação, informação, saneamento etc.), dentre outros.

Os hospitais são organizações com alta densidade tecnológica, responsáveis, não só por atender às demandas de ações curativas, mas por somar com as demais ações de prevenção à saúde de um dado território sanitário em que estão inseridos. Infere-se que essas organizações contribuem para os modelos de atenção à saúde no mundo todo, por prestar algum tipo de assistência e por adotar tecnologias a partir de conhecimentos apreendidos das condições de saúde de uma dada população.

Quadro 3 - Comparação sintética e não exaustiva das limitações, potencialidades e características das distintas formas de pensar

Dimensões e Propriedades	Cartesiana/ Mecanicista	Holística	Complexa
Princípios	Relações diretas de causa-efeito. Separação das partes para entender o todo. Linearidade ou soma dos efeitos das partes isoladas para determinar o comportamento do todo (proporcionalidade). Continuidade (observação de fenômenos contínuos). Ordem de natureza simples.	Propriedades que emergem do todo e que não estão, necessariamente, presentes nas partes. Observação de efeitos sinérgicos (os resultados podem ser maiores que a soma das contribuições das partes). Os processos são também contínuos e determinados (não há incertezas).	<i>Emergência, influência, e interdependência.</i> Abordagens dialética (tese, antítese e síntese) e dialógica (interação). Os processos podem ser discretos (quânticos) – possibilidades de saltos e rupturas, além de caos nos processos contínuos. Ordem de natureza complexa.
Métodos Preferenciais	Dedução e Indução.	Analógicos Sínteses.	Analógicos; Abdução; Hipotéticos e Homológicos.
Técnicas usualmente empregadas	Quantitativa Estatística	Simulação Qualitativa	Simulação Quantitativa Qualitativa
Vocabulário/ Metáforas	Relógios, máquinas, alavancas, engrenagens, agregação de valores; soma zero; articulação.	Emergência, Sinergia, Simulação.	Cérebro Humano, Sinapses, Organismos Vivos, Tese, antítese e síntese, Não linear
Plástica	Rígida	Flexível	Moldável
Aprendizagem	Primeira ordem (muda apenas o fazer); superficial; treino; rotina; normativa; operacional.	Segunda ordem (muda o método e o fazer).	Profunda: muda o olhar; o método; e o fazer.
Planejamento	A partir de diagnósticos. Os problemas e soluções são bem estruturados e reconhecidos por todos. O ideal é a objetividade.	A partir de percepção do todo. Os problemas são semi-estruturados, e envolvem subjetividade.	Os problemas não são estruturados e os resultados não são pré-dizíveis. Plástico, simples e situacional.
Observadores	Externos ao processo.	Externos.	Incluídos; Protagonistas; e Comprometidos.
Ontologia	Metafísica.	Metafísica.	Evolucionista e relacional, conectando o poder ser e o devir (vir a ser).

Fonte: Naves; Rocha Neto (2008, p. 128-129).

Não obstante a reforma sanitária institucionalizada no Brasil, a partir dos anos de 1980, os modelos de saúde no mundo estão sofrendo uma crise, desencadeada por uma conjunção de fatores. Vecina Neto (2011, p. 4) destaca alguns desses fatores:

- O envelhecimento da população e a conseqüente mudança no padrão de consumo dos serviços de saúde.

- A mudança do perfil epidemiológico das populações (diminuição das enfermidades infecciosas, aumento da prevalência das enfermidades e agravos não transmissíveis, recrudescimento de enfermidades da velha agenda das infectocontagiosas, como tuberculose, dengue, cólera etc., e o aparecimento de novas enfermidades infecciosas, como Aids, Ebola, hantavirose etc.).
- A **difusão do conhecimento** gerando transformações importantes na disposição das pessoas em relação ao consumo de ações e serviços de saúde.
- A medicalização na sua concepção de coisificação do consumo de atos e serviços médicos em busca de saúde, devido a sua banalização, a sua mercantilização etc.
- O corporativismo dos profissionais de saúde, levando a uma divisão do trabalho, que desconstrói as necessárias inter e transdisciplinaridade da ação em saúde e transforma o paciente em vítima de múltiplos profissionais.
- A revolução tecnológica em curso, que vem oferecendo, cada vez mais, novas alternativas, porém sem necessariamente abandonar as anteriores e com custos crescentes.
- A busca da equidade, ou seja, de uma situação em que todos tenham acesso a tudo dentro de suas necessidades com financiamento estatal (grifo nosso).

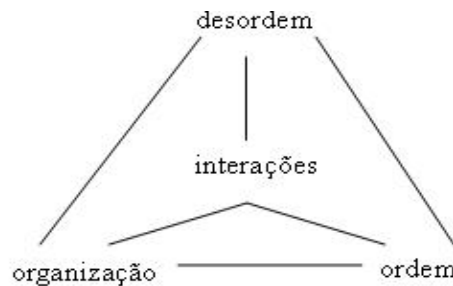
Este conjunto de fatores promove uma “desordem” nos sistemas de saúde institucionalizados pelos Estados-Nação. Os Estados-Nação fomentam uma “ordem”, por meio de regulamentações, e uma “organização”, por meio de uma estrutura de serviços e modelos de atenção à saúde, tal como o Brasil o faz por meio do SUS. Aqueles fatores listados por Vecina Neto podem ser associados a uma situação de aumento da complexidade contemporânea (desordem), e, se esses forem assimilados e observados pelos agentes que regulamentam (ordem) e operacionalizam (organização) os modelos de sistemas de atenção à saúde, possibilitariam a auto-eco-organização¹⁹ dos sistemas, conforme proposta por Morin (2005a).

Morin (2005a) fundamenta princípios norteadores de uma teoria denominada ‘**teoria da organização**’, defendendo uma **relação trinitária** entre **desordem/ordem/organização**, que conforma um **circuito tetralógico**. Para Morin (2005a, p. 97), este circuito é irreversível e espiralado, no qual: “a) a desordem produz ordem e organização (a partir das imposições iniciais e de interações); b) a ordem e a organização produzem desordem (a partir de transformações); c) tudo o que produz ordem e organização produz também irreversivelmente desordem”.

¹⁹ Segundo Morin (2005a), a *auto-ecoorganização (autonomia/dependência)* preconiza os seres vivos como auto-organizadores, os quais se autoproduzem incessantemente, gastando suas energias, salvaguardando, assim, a sua autonomia. Para tanto, esses seres retiram energia, informação e organização do ambiente nos quais estão inseridos, caracterizando a auto-ecoorganização.

Com base nesta teoria da organização, Morin (2005a) idealizou um anel/circuito tetralógico de ordem/desordem/interação/organização (Figura 3), dentro do qual os sistemas se colocam em constante oscilação.

Figura 3 - O Anel Tetralógico



Fonte: Morin (2005a, p.78).

Sendo assim, no caso de sistemas de atenção à saúde, a fim de minimizar a desordem (e.g. conjunto de fatores e condições que afetam à saúde), os indivíduos, ou as organizações, por intermédio das interações, demandam o surgimento de uma nova ordem (e.g. regulamentações) da organização, ou do conjunto estrutural do sistema (e.g. estrutura operacional), respectivamente, e, assim, sucessivamente. Os conceitos de ordem e de organização só se desenvolvem em função um do outro. Quanto mais a ordem e a organização se envolvem, mais se tornam complexas, mais se toleram, utilizam e necessitam até da desordem (MORIN, 2005a).

Para Morin (2005a), uma das principais características do pensamento complexo são as qualidades emergentes que surgem resultantes da interação de partes ou de indivíduos movidos segundo algumas poucas e simples regras locais. Assim, uma vez que certas condições estejam presentes, a ordem pode surgir de situações aparentemente caóticas.

A proposta do pensamento complexo de Morin (2003) reúne e ressalta “o desafio da incerteza”, sendo recorrente buscar princípios para tratá-lo. Nesse sentido, Morin preconiza sete princípios-guia, complementares e interdependentes, para pensar a complexidade. Nesta seção, quatro desses princípios são associados à discussão dos aportes conceituais percorridos neste capítulo, verticalizando-os para as redes dos hospitais no contexto do SUS.

1) **o sistêmico ou organizacional**, no qual “a organização do todo produz qualidades ou propriedades novas em relação às partes isoladamente”, caracterizando assim, “as emergências”.²⁰ Inere que “o todo é igualmente menos que a soma das partes, cujas qualidades são inibidas pela organização do conjunto” (MORIN, 2003, p. 72). O SUS tem em sua raiz a concepção sistêmica que implica uma organização em redes. Nesta lógica, os hospitais, vistos como subsistemas do SUS, que, uma vez organizados em redes, possibilitam a difusão do conhecimento das partes (i.e. da gestão hospitalar desses serviços de um dado território sanitário) ao conhecimento do todo (i.e. da gestão hospitalar desses serviços de vários territórios sanitários). O todo é simultaneamente mais e menos do que a soma das partes. Tal assertiva pode ser correlacionada com a condição sistêmica, quando considera que o todo resulta em um produto de maior impacto do que o produzido pelas partes isoladamente.

2) **hologramático**, que estabelece a parte (i.e. redes) contida no todo (i.e. SUS), bem como o todo (i.e. SUS) contido na parte (i.e. redes). “A sociedade está presente em cada indivíduo no que diz respeito ao todo através da sua linguagem, da sua cultura e de suas normas” (MORIN, 2003, p. 72). Dentre as redes que conformam o SUS, estão inseridas as dos hospitais e se supõe que esses são integrantes das redes de atenção à saúde.²¹ É recorrente que essas redes incorporem dois grandes movimentos inter-relacionados a uma nova agenda de reorganização dos sistemas de atenção à saúde, preconizados por Mendes (2011, p. 32, grifo nosso):

[...] **na mudança da organização desses sistemas**, de sistemas fragmentados, voltados para a atenção às condições agudas, para as redes de atenção à saúde, sistemas integrados dirigidos para a atenção às condições agudas e crônicas; e a mudança da gestão da saúde, de uma gestão focada nos meios – recursos humanos, materiais e financeiros, para a gestão dos fins, ou seja, para a gestão da clínica.²²

²⁰ Segundo Morin (2005a, p. 137), emergências são “qualidades ou propriedades de um sistema que apresentam um caráter de novidade com relação às qualidades ou propriedades de componentes considerados isolados ou dispostos diferentemente em um outro tipo de sistema”.

²¹ São entendidas como formas de produção econômica, “organizadas em arranjos produtivos híbridos, que combinam a concentração de certos serviços [e.g. hospitais] com a dispersão de outros [e.g. serviços de atenção primária]” (MENDES, 2011, p. 39).

²² “É um conjunto de tecnologias de microgestão da clínica, destinado a prover a atenção à saúde efetiva, com menores riscos para usuários e profissionais, de forma humanizada e com os custos adequados, a fim de assegurar que padrões clínicos ótimos sejam alcançados e que sejam constantemente aperfeiçoados para melhorar a qualidade das práticas clínicas” (MENDES, 2011, p. 46).

Mendes (2011, p. 42) sinaliza que os diversos serviços de atenção à saúde constituem os nós da rede de atenção à saúde. Nesta tipologia, esse autor defende também que, para a parte (i.e. redes) estar inserida no todo (i.e. SUS) e o todo (i.e. SUS) estar inscrito na parte (i.e. redes), não é exigida uma hierarquização dos serviços de atenção à saúde entre os distintos nós, entretanto, que exista uma distinção “dada por suas funções de produção específicas e por suas densidades tecnológicas respectivas”. Essa distinção consiste na incorporação de uma estrutura “poliárquica”, e não hierárquica, entre os pontos de serviços de atenção à saúde. Tal assertiva inspira-se no holograma em que cada ponto contém a quase totalidade da informação do objeto que o contém.

3) **do ciclo retroativo**, o qual desmistifica o princípio da causalidade linear.

[...] De modo mais complexo a “homeostasia” de um organismo vivo é um conjunto de processos reguladores fundamentados em múltiplas retroações. O ciclo de retroação (ou *feedback*) permite, sob sua forma negativa, reduzir o erro e, assim, estabilizar um sistema. Sob sua forma positiva, o *feedback* é um mecanismo amplificador como, por exemplo, a situação de chegada aos extremos em um conflito: a violência de um protagonista conduz a uma reação ainda mais violenta. Inflacionadoras ou estabilizadoras, as retroações são verificadas em grande quantidade nos fenômenos econômicos, sociais, políticos ou psicológicos (MORIN, 2003, p. 73).

Alcançar a homeostasia do SUS subjaz à retroação de múltiplos aspectos (e.g. políticos, sociais, econômicos, institucionais, sanitários, científicos, tecnológicos, estratégicos, ideológicos, teóricos, técnicos, culturais, industriais etc.). Essa inferência ratifica que o SUS se encontra na interface entre Estado, sociedade e mercado, e como política pública exige um Estado em ação, uma ação governamental para o setor saúde por meio de recursos, atores, arenas, idéias e negociação (FLEURY; OUVENEY, 2008; VIANA; BAPTISTA, 2008).

Assim, a homeostasia do SUS requer o conhecimento de realidades setoriais (e.g. saúde, educação e econômicas) e exige retroações com vistas a ajustar as ações na tentativa de estabilizá-lo. Neste sentido, políticas de inovação nos territórios sanitários (i.e. SLI), em particular, as voltadas às redes dos hospitais, foco desta tese, é uma maneira de promover retroações desta natureza.

4) **do ciclo recorrente**, complementar ao anterior, ratifica a ruptura entre causa e efeito por considerar a autoprodução e auto-organização dos sistemas. A humanidade é decorrente dos indivíduos a partir de suas interações; entretanto, a sociedade emerge da

humanidade, ao mesmo tempo que produz a humanidade nesses indivíduos por meio da linguagem e da cultura.

Os hospitais, vistos como um dos subsistemas do SUS, e configurados em redes de inovação e aprendizagem, fomentam a difusão de conhecimentos relacionados à gestão administrativa e clínica (i.e. assistencial). Transformações importantes na disposição dos sujeitos em relação à condução de ações inovadoras nas redes de atenção à saúde podem resultar na ampliação das interações entre hospitais e, conseqüentemente, na ampliação da capilaridade da rede.

Estas relações introduzem a noção de autoprodução e auto-organização por meio de um círculo gerador, no qual produtor (i.e. hospitais), produção (i.e. interação \Leftrightarrow difusão) e produto (i.e. conhecimento em gestão hospitalar) se encontram acoplados.

Como visto, o pensamento complexo se coaduna com as questões do sistema de saúde brasileiro a partir da proposta do SUS (das instâncias no âmbito federal, estadual e municipal, prestadores dos serviços de saúde e sociedade civil), não descolada das premissas de um SLI. Essas questões, uma vez relacionadas aos processos de inovação e aprendizagem, se associam aos princípios-guias do pensamento complexo conforme ilustrado no Quadro 4.

Neste capítulo, foram abordados conceitos sobre sistemas e redes, e foram realizadas digressões desses ao SUS e aos SLI. Tais sistemas – SUS e SLI – representam modelos de políticas públicas de Estado que se efetivam a partir das “emergências” de estruturas reticulares interfederativas, interinstitucionais, interorganizacionais e intersetoriais.

Quadro 4 - Paralelismo entre os princípios-guia do pensamento complexo e a abordagem sobre redes e sistemas de serviços em saúde (i.e. Capítulo 2)

PRINCÍPIOS GUIAS	TEMÁTICA DA TESE
1. Princípio sistêmico ou organizacional	SUS em REDE \Leftrightarrow Liga o conhecimento das partes ao conhecimento do todo. O todo é mais e menos, simultaneamente, do que a soma das partes.
2. Princípio hologramático	Rede do SUS \Leftrightarrow A parte está no todo e o todo está inscrito na parte. Inspira-se no holograma em que cada ponto contém a quase totalidade da informação do objeto que o contém.
3. Princípio do círculo retroativo	SUS e SLI \Leftrightarrow Rompe o princípio da causalidade linear pela inclusão dos processos autorreguladores. O círculo de retroação ou <i>feedback</i> permite reduzir o desvio estabilizando o sistema.
4. Princípio do círculo recorrente	Hospitais/Produtor e Interação/Processo e Conhecimento em Gestão Hospitalar/Produto \Leftrightarrow Introduz a noção de autoprodução e auto-organização. É um círculo gerador no qual produtor, produção e produto se encontram acoplados.

Fonte: o autor fundamentado em Morin (2003).

Das análises dos princípios norteadores dessas políticas, infere-se que a estruturação dos hospitais em redes propicia a criação e a difusão de conhecimentos em gestão hospitalar, agregando qualidade a esses serviços. Salienta-se que as relações de interdependência entre essas políticas, associadas às emergências dos processos de aprendizagem organizacional, são dependentes de um novo *habitus* (i.e. de uma estrutura reticular para a difusão de conhecimentos resultantes da interação dos sujeitos inseridos nesses serviços), e que potencializam a geração de inovações gerenciais.

Parafraseando Bessant e Tidd (2009, p. 107-108), redes que propiciam a difusão de conhecimentos, em particular as de inovação, são mais do que meras formas de combinação e exploração de conhecimentos dentro de um mundo complexo. Elas contêm as propriedades emergentes, ratificando que o todo é maior que a soma das partes. Esse todo é resultado do “acesso a conjuntos de saberes distintos e complementares, reduzindo riscos ao compartilhá-los, acessando novos” espaços políticos e sociais “e tecnologias para, dessa forma, agregar competências e ativos complementares”.

Vasconcelos e Mascarenhas (2007, p. XIV) defendem a importância do modelo de gestão quando se visa à cooperação, ao aprendizado e à inovação, destacando a necessidade de discutir “um modelo de gestão de pessoas que promova a interação social, a negociação de interesses, o aprimoramento de competências e a gestão da diversidade”. A Rede InovarH-BA busca a difusão dos conhecimentos das organizações hospitalares de maneira compartilhada, de forma dialógica, na busca de consensos e significados a partir de contraditórios gerados pelas distintas histórias de práticas de gestão hospitalar, por meio dos profissionais de saúde, os quais são os protagonistas desta rede.

Neste sentido, o próximo capítulo aborda conceitos sobre processos de aprendizagem organizacional e de inovação gerencial e traz bases conceituais de redes de inovação e aprendizagem para uma melhor compreensão da incorporação do fenômeno interação como um *habitus* entre os sujeitos inseridos nos hospitais.

3 APRENDIZAGEM, INOVAÇÃO E REDES SOCIAIS: BASES CONCEITUAIS E EMPÍRICA

O que nos levou a considerar a organização como um conceito de segunda ordem ou recursivo, cujos produtos ou efeitos são necessários para a sua própria constituição: a organização é a relação das relações, ela forma o que transforma, transforma o que forma, mantém o que mantém, estrutura o que estrutura, fecha sua abertura e abre seu fechamento; ela se organiza organizando e organiza se organizando. É um conceito que se encerra em si mesmo, fechado neste sentido, mas aberto no sentido em que, nascido de interações anteriores, ele mantém relações e até opera trocas com o exterior (MORIN, 2005a, p. 171).

A sociedade contemporânea está diante do desafio da aceitação de uma extraordinária diversidade cultural e étnica de grupos e indivíduos, cabendo “às teorias sociológicas conceber a unidade dos antagonismos, bem como o antagonismo da unidade” (MORIN, 1986, p. 116). Nessa perspectiva, não cabem visões mecanicistas ou deterministas na busca de compreender os fenômenos sociais. É necessário entender as profundas transformações e inovações do momento atual à luz de novos parâmetros. As organizações não estão à margem deste processo e sobre elas impactam, continuamente, um grande fluxo de informações. O caminho para diferenciar-se aponta para a capacidade, não de ter acesso às informações, mas, sobretudo, de aprender, assimilar e processar informações.

O processo de aprendizagem organizacional é entendido como

[...] um fenômeno organizacional no âmbito da coletividade, [...] um processo contínuo de mudança de comportamentos na organização, o que se dá a partir da articulação constante entre os valores e as capacidades dos indivíduos e as suas experiências naquele contexto. [...] a organização se redefine constantemente por meio da aprendizagem (VASCONCELOS; MASCARENHAS, 2007, p. 1).

Então, se o diferencial, na contemporaneidade, é a aprendizagem, é recomendável a sua promoção e, para isto, muitas vezes as organizações se valem de inovações gerenciais.

O processo de inovação gerencial é o ingresso “de estruturas organizacionais substancialmente modificadas, a adoção de técnicas avançadas de gestão” (SIMANTO; LIPPI, 2003, p. 137). Todavia, ressalta-se que as mudanças organizacionais são consideradas “inovação apenas se houver mudanças mensuráveis nos resultados, tais como aumento de produtividade ou vendas” (OCDE, 2004, p. 62). Assim sendo, o surgimento ou a adoção de inovações gerenciais normalmente é consequência de um processo de aprendizagem organizacional.

Neste capítulo são cogitados conceitos sobre os processos de aprendizagem organizacional, as premissas sobre organizações de aprendizagem e aprendizagem organizacional. Esses conceitos são contextualizados como fenômenos sociais e cognitivos para a proposição de uma rede social colaborativa em aprendizagem e inovação em gestão hospitalar, tal como a Rede InovarH-BA. No contexto dessa Rede, acredita-se que inovações gerenciais geram valor para a equipe assistencial e administrativa dos hospitais e para todos os sujeitos envolvidos com a gestão desses serviços (e.g. governo, instâncias de pesquisa científica e tecnológica, dentre outros).

Nesta tese, a aprendizagem organizacional é entendida como um processo contínuo que parte da soma da aprendizagem individual dos integrantes de uma organização, mas que transcende esta soma. Tal processo é caracterizado pela interação entre os indivíduos e entre os grupos de trabalho inseridos em sistemas sociais e tecnológicos visando ao desenvolvimento e à mudança das práticas organizacionais e, como consequência, concorrendo para promover inovações gerenciais e organizacionais (ARGYRES, 2010; MENDES, 2002; SENGE, 2010; TAKEUCHI; NONAKA, 2008; VASCONCELOS; MASCARENHAS, 2007).

Este capítulo tem como objetivo central realizar uma revisão conceitual, não exaustiva, sobre aprendizagem organizacional a partir de aportes teóricos de caráter multirreferencial. Os conceitos de organizações de aprendizagem, aprendizagem organizacional e redes sociais de inovação e aprendizagem são percorridos. Em seguida, mapeiam-se conceitos de aprendizagem no âmbito da economia, discutindo-os na perspectiva do processo de inovação gerencial relacionando-os ao *complexus* de uma rede em gestão hospitalar (i.e. da Rede InovarH-BA).

Para tanto, o presente capítulo é estruturado em três seções: 1) organizações em aprendizagem basilares para redes de aprendizagem e inovação gerencial; 2) redes sociais de inovação e aprendizagem; 3) o *complexus* das redes de aprendizagem e inovação em gestão hospitalar.

3.1 ORGANIZAÇÕES EM APRENDIZAGEM BASILARES PARA REDES DE APRENDIZAGEM E INOVAÇÃO GERENCIAL

Nesta seção, são relacionados conceitos de organizações de aprendizagem e organizações de conhecimento, mapeando conceitos de aprendizagem organizacional, imbricando-os com a configuração de redes de inovação e aprendizagem.

Observa-se que o fenômeno “organização”, em seu *status* ontológico, se dá em duas dimensões. A primeira implica a definição de organização como uma entidade ou como um processo. A segunda dimensão procura explicar os fenômenos organizacionais determinados pelas estratégias de ações individuais ou se tais estratégias de ações individuais são produtos dos fenômenos organizacionais (BASTOS, 2002; FONTES, 2005).

Nesta tese, considera-se a conceituação dada por Morin (2005a) para organização, que requer a interação entre os seus componentes, mas assume-se também a compreensão de organização como entidade e como processos dependentes das estratégias de ações individuais que promovem os fenômenos organizacionais. Considera-se que as estratégias de ações organizacionais estão diretamente relacionadas aos processos de aprendizagem dos indivíduos que interagem com a organização ou que atuam neste espaço social. Para uma organização ser definida como organização de aprendizagem, é necessário considerar o aprendizado em duas dimensões: o processado no interior da organização e aquele processado entre organizações que interagem em um determinado contexto de interesse, troca ou de competitividade. As organizações de aprendizagem aprendem de forma contínua, impondo constante monitoramento e avaliação de seus processos administrativos, produtivos e até mesmo dos modelos mentais inculcados na cultura organizacional, por conseguinte, individual.

Na perspectiva cognitivista, as organizações são compostas por grupos de indivíduos que aprendem em conjunto e interagem uns com os outros. De fato, cada ser humano, com base em suas visões de mundo e por meio da sua capacidade de perceber, apreende o que está à sua volta e interage com o mundo, produzindo aquilo que se costuma chamar de realidade (VASCONCELOS; MASCARENHAS, 2007).

Nesse sentido, as organizações de aprendizagem estão em processo constante de descobertas no âmbito interno organizacional e entre seus *stakeholders* (acionistas, fornecedores, agências de fomento a pesquisa e desenvolvimento, governo, os demais

membros de suas cadeias produtivas e de valor, dentre outros). Considerando que as organizações de aprendizagem são aquelas que se propõem a ter o aprendizado como processo ininterrupto, é uma decorrência natural compreendê-las vinculadas aos processos de aprendizagem organizacional. Observa-se que a aprendizagem organizacional se dá a partir dos indivíduos, imbricados na aquisição sucessiva de conhecimentos sobre si e sobre o meio no qual desenvolvem as suas atividades. Na perspectiva de uma organização de aprendizagem, esse processo se configura por meio desses indivíduos, demandando a construção e o desenvolvimento constante da interação intra e inter organizações. Conforme Hastenreiter Filho (2005), o mundo das organizações, do qual as organizações de aprendizagem fazem parte, pressupõe otimizar os sistemas de produção, de suprimento ou de valor. Esse aperfeiçoamento promove a realização de práticas interorganizacionais de aprendizagem e é facilitado por elas. Nesta interação simbiótica, a informação é o *mainstream* dos processos cognitivos, para dar significado e criação de atos a serem desenvolvidos pelos grupos organizacionais.

Sveiby (1998) salienta que as organizações lidam, constantemente, com fluxos de conhecimento, uma vez que se concentram na transformação constante da informação em conhecimento, o que caracteriza o fenômeno cognitivo da aprendizagem. Tratando-se do fenômeno da transformação da informação em conhecimento como característico da aprendizagem organizacional, tanto McGee e Prusak (1994), quanto Davenport (1998) e Choo (2003) corroboram as assertivas de Sveiby, quando preconizam que, para tornar estratégica a informação, é preciso transformá-la em conhecimento que guie a tomada de decisão na organização. Esta transformação exige dos indivíduos a predisposição ao aprendizado, assumindo o compromisso de usar informações e *insight* alinhados com a estratégia de ação organizacional a fim de melhorar seu desempenho, determinando atitudes para administrar recursos, ferramentas, tecnologias, políticas e fluxos de informação.

Segundo Choo (2003), o processo de transformação é moldado pela cultura organizacional, pela maneira como a organização interpreta seus propósitos e compromissos, pela especificação de regras, rotinas e papéis. Este autor ilustra três arenas de uso da Informação pela organização: 1ª Arena - Criar Significados - é a construção do conceito sobre o que é a organização e o que a mesma está fazendo; 2ª Arena - Construção do Conhecimento - é quando a organização cria, organiza e processa a informação

objetivando novos conhecimentos por meio da aprendizagem; 3ª Arena - Tomar Decisões - é o momento no qual a organização busca e avalia as informações de modo a processá-las e analisá-las a partir de alternativas disponíveis, cujas vantagens e desvantagens são pesadas.

O autor diz que essas três arenas são processos interligados, se alimentam mutuamente, tornando holística a visão sobre o uso da informação e sua transformação em conhecimento. Tais arenas estão em consonância com os modos de interpretação, de conversão e de processamento da informação, efetivando o uso da informação para a estratégia de ação organizacional. Ainda Choo (2003) entende que informações e significados são forjados nos pensamentos, sentimentos e ações dos indivíduos de toda a cadeia produtiva e alicerça a cadeia de valor.

Considerando que a aprendizagem organizacional requer o uso estratégico da informação para melhorar o desempenho organizacional, e, muitas vezes, para isto a organização busca referenciais intraorganizacionais ou em outras organizações; a aprendizagem assim compreendida subsidia a construção do modelo de diagnóstico para planejamento estratégico, proposto por Porter (1991), modelo que requer o conhecimento de ameaças e de oportunidades externas às organizações, com o objetivo de orientar a sua estratégia e a sua habilidade em competir, corroborando com o princípio de ação organizacional.

Para isso, cabe à organização examinar suas particularidades no cenário que é constituído de mercados e competidores, e empreender uma análise sistêmica das forças competitivas pertinentes às cinco forças de Porter (1991), a saber: poder de negociação dos fornecedores, poder de negociação dos clientes ou compradores, empresas entrantes no mercado, pressão dos produtos e serviços substitutos e intensidade da rivalidade entre os concorrentes. Feito isto, a organização terá os subsídios para elaborar ou rever sua estratégia, definindo e direcionando as políticas necessárias ao alcance das metas de permanência nesse ambiente.

Admitindo que um dado contextualizado se transforme em informação, e que uma informação utilizada para gerar resultados positivos se transforma em conhecimento, o que – como já foi dito – retrata o processo de aprendizagem, podem-se antever organizações do conhecimento como um estágio das organizações de aprendizagem.

A aprendizagem organizacional, do ponto de vista dos indivíduos que compõem a organização, pode ser entendida como uma série de atos visando à melhoria do

desempenho das ações estratégicas organizacionais, sobretudo em tempos permeados pela competitividade global. Essa competitividade faz com que as organizações se posicionem ativas em busca de novos conhecimentos, os quais as (re)orientam nas práticas e nas estruturas gerenciais e organizacionais.

A estrutura organizacional de uma empresa pode afetar a eficiência das atividades de inovação, sendo algumas estruturas mais apropriadas a determinados ambientes. Por exemplo, um **grau maior de integração organizacional pode melhorar a coordenação, o planejamento e a implementação de estratégias de inovação**. A integração organizacional pode funcionar particularmente bem em indústrias caracterizadas por mudanças incrementais em conhecimentos e em tecnologias. Uma forma de organização mais livre e flexível, que permite aos trabalhadores maior autonomia para tomar decisões e definir suas responsabilidades, pode ser mais efetiva na geração de inovações mais radicais (OCDE/FINEP, 2005, p. 38-39, grifo nosso).

Nos estudos de Streit (2001), são mapeadas as principais correntes da aprendizagem organizacional (Quadro 5). Essas correntes perpassam da dimensão cognitiva ou cultural aos aspectos estruturais e de resultados. A aprendizagem organizacional chega a ser considerada como a única vantagem competitiva sustentável, especialmente em setores intensivos em conhecimento.

Em resumo, pode-se definir aprendizagem organizacional como um conjunto de processos de aquisição de dados e informações transformados em conhecimentos, por conseguinte, em habilidades, por meio dos indivíduos inseridos nas organizações. Assim, amplia-se o contexto analítico no qual ocorre a aprendizagem organizacional, não se limitando, apenas, aos aspectos cognitivos dos indivíduos, nem apenas ao interior dos espaços onde se encontram esses indivíduos, mas, também, por meio das relações interorganizacionais estabelecidas por eles (FONTES, 2005, p. 19).

Ampliando, ainda mais, a abrangência do conceito de aprendizagem organizacional, destaca-se o impacto positivo que pode decorrer da colaboração ou cooperação entre organizações. Tironi e Cruz (2008, p. 24) afirmam que as organizações

[...] que desenvolvem o produto com outras [...] têm 5,402 vezes mais chances de fazer uma inovação radical do que as [...] que desenvolvem o produto sozinhas [...]. Para as [...] que desenvolvem o produto em cooperação com outras [...], as chances de inovar radicalmente são 2,046 vezes maiores que as [...] que desenvolvem o produto sozinhas.

Quadro 5 - Principais correntes teóricas da aprendizagem organizacional

AUTORES	ANO	CONCEITO	ÊNFASE
Senge	1990	Lugar “em que as pessoas expandem continuamente sua capacidade de criar os resultados que realmente desejam, onde surgem novos e elevados padrões de raciocínio, em que as aspirações coletivas são liberadas, e onde as pessoas aprendem continuamente a aprender em grupo”	Cinco disciplinas
Argyris	1992	Processo de detectar e corrigir erros, em que o erro é visto como um desvio entre as intenções e o que, de fato, ocorreu.	<i>Single loop e double loop learning</i>
Garvin	1993	“são organizações capacitadas em criar, adquirir, transferir conhecimentos e em modificar seus comportamentos para refletir estes novos conhecimentos e <i>insights</i> ”	Sistematização de processos de aprendizagem.
Dodgson	1993	“... descrita como os caminhos através dos quais as empresas constroem, suplementam e organizam conhecimento e rotinas em suas atividades e culturas; e adaptam e desenvolvem eficácia organizacional através do desenvolvimento e aproveitamento das variadas habilidades de sua força de trabalho”.	Objetivos, processos e meios.
Swieringa e Wierdsma	1995	Aprendizagem coletiva que resulta de um processo de mudança do comportamento organizacional através da interação entre várias pessoas e processos cooperativos.	Mudança organizacional através de instâncias de aprendizagem.
Morgan	1996	Organizações são sistemas de processamento de informações capazes de aprender a aprender e podem ser concebidas através de princípios holográficos.	Organizações vistas como cérebros e sistemas holográficos.
Kolb	1997	A capacidade de aprender é a base da capacidade de se adaptar às circunstâncias em constante mudança.	Processo vivencial de aprendizagem
Nonaka e Takeuchi	1997	Capacidade que uma empresa tem de criar conhecimento, disseminá-lo e incorporá-lo a produtos, serviços e sistemas.	Criação e disseminação do conhecimento

Fonte: Fundamentado em Streit (2001, p. 32).

Assim, em uma perspectiva de colaboração interorganizacional, é preciso buscar uma configuração que potencialize o intercâmbio de dados e informações, articulando os processos cognitivos de aprendizagem, sejam os individuais ou organizacionais. Supõe-se que essa conduta aprofunde o desenvolvimento de uma aprendizagem organizacional continuada, voltada, particularmente, para a identificação de necessidades da sociedade, caracterizando-as como um insumo para que as estratégias de ações organizacionais internas venham a lubrificar as interfaces entre organizações, potencializando a permanência dessas na sociedade (HASTENREITER FILHO, 2005). Tal configuração vem sendo discutida na literatura como redes de aprendizagem.

Nesta tese, as abordagens conceituais escolhidas para a análise e discussão da pesquisa de campo são as preconizadas por Argyris (2010), Senge (2010) e Takeuchi e Nonaka (2008).

3.1.1 Abordagem Conceitual da Aprendizagem de Circuito Duplo *versus* o Pensamento Sistêmico

Chris Argyris (2010) enfatiza o fato de que a aprendizagem organizacional não pode ser estudada sem ser considerado o nível de agregação implicado na organização.

O significado de aprendizagem organizacional articula-se, [...], com a questão crucial dos níveis de agregação por meio dos quais os fenômenos organizacionais são descritos e explicados, e para os quais as prescrições para a ação organizacional são dirigidas (ARGYRIS, 2010, p. 48, tradução nossa).²³

Conforme Argyris (2010, p. 67-70), o processo de aprendizagem organizacional diz respeito aos indivíduos quando estes buscam corrigir erros decorrentes de algo que se concretizou de maneira equivocada. Para tanto, esse autor evidencia duas maneiras de a aprendizagem organizacional ser processada: a de circuito simples e a de circuito duplo.

A aprendizagem de circuito simples (i.e. *single loop learning*) fundamenta-se em reconhecer o erro e corrigi-lo sem questionar as estratégias de ação organizacional (i.e. as variáveis ou os valores implícitos na ação), ou seja, a aprendizagem reflete-se, apenas, na melhoria dos processos operacionais, sem alterar as diretrizes do nível gerencial nem do nível estratégico da organização. Neste circuito, os indivíduos transformam a ação que resultou no erro, porém continuam a pautar-se nos pressupostos e valores que alicerçam a estratégia de ação e, conseqüentemente, não há adoção de novos comportamentos, não comprometendo os elementos constituintes da sua imagem ou da sua identidade organizacional.

Contrária à aprendizagem de circuito simples, na aprendizagem de circuito duplo (i.e. *double-loop learning*), os indivíduos questionam as estratégias de ação e as variáveis intrínsecas a essas. Para Argyris (2010), este tipo de circuito caracteriza-se como um processo no qual os indivíduos percebem e exploram as possibilidades do ambiente, por meio de acesso a novas informações. Posteriormente, esses indivíduos comparam as informações apreendidas com as normas instituídas na operacionalização de um dado sistema ou uma dada realidade.

²³ “The meaning of “organizational learning” hinges, as we have seen, on the crucial issue of the levels of aggregation at which organizational phenomena are described and explained and at which prescription for organizational action are directed”.

Assim sendo, na perspectiva desta aprendizagem de circuito duplo, os indivíduos efetivam ações corretivas em suas estratégias de ação organizacional a partir dos questionamentos das variáveis que normatizam a ação organizacional (i.e. *governing variables*). Essas ações corretivas resultam em mudanças nos procedimentos, nas diretrizes, nos valores ou nos pressupostos dos sistemas e das estratégias organizacionais, que, em última instância, configuram a imagem ou a identidade organizacional.

Observa-se, então, que a aprendizagem de circuito duplo

[...] caracteriza-se pela disposição e pela habilidade no trato de informações de qualidade, pela disposição ao conflito e à incorporação dos pontos de vista e das experiências dos participantes em vez da imposição de posições fechadas, pela explicitação de posições e decisões e pelo teste público delas (VASCONCELOS; MASCARENHAS, 2007, p. 15).

Conclui-se que este modelo de aprendizagem alavanca as possibilidades de inovação gerencial nas organizações. Essa aprendizagem organizacional advém por meio de estratégias emergentes e criativas, promovem invenções, e essas, uma vez incorporadas às imagens e às representações mentais dos indivíduos, desde que construídas coletivamente, resultam em inovações nas ações organizacionais.

Assumindo que as inovações estão na pauta diária das organizações, é fundamental que os indivíduos que nelas atuam compreendam a necessidade de gerar novas conexões, ampliando a capacidade de produzir e melhorar resultados e não apenas reproduzir tarefas. Se a interação é fundamental para dinamizar o aprendizado e a inovação, espera-se que as equipes de profissionais se configurem de maneira capilar, rizomática, estabelecendo conexões no ambiente organizacional.

Neste contexto, o modelo de aprendizagem sugerido por Argyris (2010) pode ser associado ao modelo de aprendizagem proposto por Senge (2010). Esse autor defende a implicação da interação dos indivíduos em compartilhar seus conhecimentos para que uma organização se transforme em organização aprendente. É ele quem afirma que

[...] as organizações só aprendem por meio de indivíduos que aprendem. A aprendizagem individual não garante a aprendizagem organizacional. Entretanto, sem ela, a aprendizagem organizacional não ocorre (SENGE, 2010, p. 177).

Tanto Argyris (1992; 2010) quanto Senge (2010) defendem que a organização não é um sistema isolado, é parte de vários e diferentes sistemas integrados e depende das partes que as constituem, os indivíduos. Para Argyris (1992), a aprendizagem organizacional é o processo pelo qual uma organização exercita a sua competência e inteligência coletiva para responder ao seu ambiente interno e externo. É o processo contínuo de evoluir pela análise de falhas e erros. De certo modo, nesta perspectiva, não conceber a possibilidade de falhar e de aprender com as falhas seria de fato um obstáculo para o processo de aprendizagem organizacional. Organizações que aprendem assumem a possibilidade de falhas ocorrerem e buscam preveni-las ou minimizar sua ocorrência ou seus impactos.

Senge (2010) diz que, em uma organização que promove a aprendizagem, os membros consideram a organização um sistema no qual o trabalho de cada pessoa afeta o trabalho de todas e um sistema que afeta e também é afetado pelo ambiente onde atua. Essa consideração implica manter o cenário das estratégias da ação organizacional associado ao ambiente externo na mente de todos os membros, o que pressupõe a procura da essência dos problemas. Portanto, esses autores – Argyris e Senge – coadunam as suas ideias a partir da premissa que as organizações não são sistemas isolados e que estão em um contínuo processo de correção de rumo.

É Senge (2010, p. 27-45) quem propõe cinco disciplinas para aprendizagem organizacional, quais sejam: pensamento sistêmico; domínio pessoal; modelos mentais; construção de visão compartilhada; e aprendizagem em equipe (Quadro 6).

Senge (2010) correlaciona a própria organização que aprende a uma inovação; para tal, espera-se que as pessoas adotem e desenvolvam **habilidades comportamentais**, traduzidas em disciplina ou tecnologias. Assim,

[...] se uma organização que aprende fosse uma inovação de engenharia, como o avião ou um computador pessoal, os componentes seriam chamados de 'tecnologias'. Para uma inovação no comportamento humano, os componentes precisam ser vistos como disciplinas. [...]. Uma disciplina é um caminho de desenvolvimento para a aquisição de determinadas **habilidades ou competências**. Em qualquer disciplina – de tocar piano à engenharia elétrica-, há pessoas que nascem com um 'dom', mas **todos podem ter proficiência através da prática** (SENGE, 2010, p. 37, grifo nosso).

A palavra disciplina, no contexto em análise, não corresponde a uma ordem a cumprir ou a uma maneira de punição. Esse vocábulo corresponde a um conjunto de ações,

procedimentos e tecnologias para subsidiar a arte e a prática das organizações que aprendem. As cinco disciplinas compreendem um corpo de teoria e prática, as quais necessitam ser estudadas, apreendidas e dominadas para serem colocadas em ação.

Quadro 6 - As cinco disciplinas de Senge

DISCIPLINAS	DESCRIÇÃO
Pensamento sistêmico	Capacidade de perceber que as ações inter-relacionadas fazem parte do todo (i.e. compreender que tudo está interligado e que as organizações são sistemas complexos).
Domínio pessoal	Esclarecer e aprofundar a visão pessoal, de concentrar as energias, de desenvolver paciência e de ver a realidade objetivamente de forma permanente (i.e. significa ter o espírito aberto à realidade e a vida com uma atitude criativa e não reativa).
Modelos mentais	São as idéias, generalizações, pressupostos profundamente arraigados que influenciam a forma com que pessoas veem o mundo e suas relações (refletem-se nos princípios e valores da organização).
Aprendizagem em equipe	É o desenvolvimento da capacidade dos membros organizacionais deixarem de lado idéias, preconceitos para que haja o pensamento conjunto; baseia-se na prática do diálogo.
Visão compartilhada	É a co-criação e a visão partilhada por todos e por cada um dos membros da organização.

Fonte: Fundamentado em Senge (2010).

Segundo Senge, a decisão de adotar essas cinco disciplinas é requerida das organizações para ativar o ciclo de aprendizado e abrir o caminho para desenvolver determinadas competências organizacionais, tais como a inovação gerencial. Praticar uma disciplina é ser consciente que será um eterno aprendiz, que nunca se chega a um lugar, é adotar o processo como prática de vida.

Para Senge, o ser humano, como parte de uma organização aprendente, aceita viver praticando e aprimorando as disciplinas de aprendizagem a fim de aprimorar o desempenho organizacional. Assim, ser competente na aprendizagem é muito mais que internalizar informações. Por isso, os membros de uma organização são constantemente convidados a rever procedimentos, mudar suas mentalidades, decidir por adotar melhores práticas por meio da adoção do pensamento sistêmico.

Conforme Senge (2010), o pensamento sistêmico envolve as demais tecnologias componentes.

O pensamento sistêmico é uma disciplina para ver o todo. É um quadro referencial para ver inter-relacionamentos, em vez de eventos; para ver os padrões de mudança, em vez de “fotos instantâneas”. É um conjunto de princípios gerais – destilados ao longo do século XX, abrangendo campos tão diversos quanto as ciências físicas e sociais, a engenharia e a administração. É também um conjunto de ferramentas e técnicas específicas, originárias de duas linhas de pensamento: a dos

conceitos de *feedback* da cibernética e a da teoria de “servomecanismo” da engenharia, datadas do século XIX. Durante os últimos trinta anos, essas ferramentas foram utilizadas para compreender uma ampla variedade de sistemas empresariais, urbanos, regionais, econômicos, políticos, ecológicos e até fisiológicos. E o pensamento sistêmico é uma sensibilidade à sutil interconectividade que dá aos sistemas vivos o seu caráter único (SENGE, 2010, p. 106-107).

Logo, o pensamento sistêmico refere-se ao fato de os indivíduos perceberem duas instâncias: 1) a primeira é a visão da organização como um todo interdependente, contrária às cadeias lineares de causa e efeito; 2) a segunda é a percepção dos processos de mudança, oposta a fatos fragmentados e isolados no tempo e no espaço. A característica particular deste pensamento reside no efeito do *feedback* nas ações humanas. Essas ações são reforçadas ou equilibradas umas com as outras, o que evidencia a responsabilidade de todos na organização, quando relacionadas aos problemas criados em um dado sistema, estabelecendo, assim, o desenvolvimento da habilidade cognitiva da aprendizagem organizacional.

Por meio da aprendizagem “tornamo-nos capazes de fazer algo que nunca fomos capazes de fazer” (i.e. é um processo de (re)criação). Assim, há a necessidade das organizações reverem suas práticas, visando aprender para sobreviver (aprendizagem adaptativa) e aprender em termos de expandir suas capacidades e criar seu futuro (aprendizagem generativa) (SENGE, 2010, p. 41).

Assim, cabe aos integrantes de uma organização entendê-la como um conjunto constituído tanto de competências institucionais (i.e. da organização) como de competências individuais (i.e. de cada colaborador). As competências institucionais estão relacionadas aos processos, técnicas, fluxos da organização, produtos e serviços, e relacionamentos sociais. Já as competências individuais são associadas a um saber agir responsável e reconhecido, que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos e habilidades que agreguem valor econômico à organização e valor social ao indivíduo (SENGE, 2010).

É Senge (2010) quem defende a proposição de programas ou eventos com objetivos específicos de aprendizado, que podem tomar a forma de revisão de estratégias, auditorias de sistema, *benchmarking* interno e externo, missões de estudo a organizações que ocupam posições de liderança em sua especialidade, simpósios que reúnam clientes, fornecedores, especialistas e grupos internos. Enfatiza-se, novamente, que estas ações decorrem em aprendizado se forem acompanhadas da reflexão individual.

Argyris (2010) defende a importância da reflexão na aprendizagem e denomina esta habilidade de ‘reflexão em ação’, o que coaduna com o que Senge (2010) afirma sobre a prática reflexiva na aprendizagem, uma prática que está associada às habilidades interpessoais.

[...] Sem as habilidades de aprendizagem reflexivas e interpessoais, aprender torna-se inevitavelmente reativo, não generativo. A aprendizagem generativa, [...], requer pessoas de todos os níveis que possam trazer seus modelos mentais à tona e desafiá-los antes que circunstâncias externas as obriguem a fazê-lo (SENGE, 2010, p. 236).

Os modelos mentais estão refletidos nos princípios e nos valores de uma organização e, se essa organização se caracteriza como uma organização em aprendizagem, é necessária a prática do diálogo, com vistas a enfatizar a solução de problemas por meio de sessões coletivas e da criação de ambientes de aprendizagem (SENGE, 2010). Tal premissa vincula a habilidade da aprendizagem em equipe aos modelos mentais prevalentes na organização, com o propósito de alcançar as soluções dos gargalos relacionados às ações organizacionais.

Bohm, Factor e Garret (1991, p. 1) relatam que

[...] a prática do diálogo possibilita a investigação e a compreensão de tipos de processos psicológicos que fragmentam e interferem na real comunicação entre indivíduos, nações e até entre diferentes partes de uma mesma organização. [...]. [...] o diálogo pode ser visto como uma arena aonde acontece o aprendizado coletivo e da qual pode nascer um ampliado e crescente senso de harmonia, camaradagem e criatividade.

Trabalhar considerando os modelos mentais requer o levantamento dos pressupostos-chave sobre as questões organizacionais, compartilhados entre os tomadores de decisão. Tal fato exige desses sujeitos desenvolverem “habilidades de aprendizagem reflexiva e de interação, ou haverá pouco impacto nas decisões e nas ações” (SENGE, 2010, p. 235). Isso requer, também, que os sujeitos reconheçam a possível defasagem existente entre o que é pensado (i.e. teoria esposada) e o que é realizado (i.e. teoria em uso).

Para descobrir o caminho entre o pensado e o realizado, Senge (2010) defende que os sujeitos desenvolvam as habilidades de indagação, da argumentação, da reflexão e do diálogo. O importante, neste contexto, é buscar o equilíbrio entre indagar e argumentar, para promover a aprendizagem em equipe. Se, por um lado, os sujeitos só argumentam seus pontos de vistas, tal atitude os caracteriza como agentes de interação defensiva e, se esses

apenas indagam, tal atitude os distingue como agentes que ocultam seus pontos de vista por trás dos questionamentos. O excesso de argumentação e indagação evita a possibilidade da reflexão, por conseguinte, da aprendizagem. Por outro lado, quando esses sujeitos indagam e argumentam de forma equilibrada, expondo as suas visões sobre as ações organizacionais para os demais sujeitos do grupo, isto possibilita a emergência de *insights*. Nessa perspectiva, a aprendizagem encontra ambiente propício para acontecer.

[...] Quando há um equilíbrio entre indagação e argumentação, além de [...] investigar o raciocínio subjacente aos pontos de vista de outras pessoas, eu declararia os meus pontos de vista de forma a revelar minhas próprias premissas e meu raciocínio, convidando as outras pessoas a investigá-lo (SENGE, 2010, p. 246).

As práticas do diálogo e da discussão são habilidades recorrentes para efetivar a aprendizagem em equipe. Essas práticas são complementares, no entanto, os grupos não as distinguem nem quando há a passagem de uma para outra (SENGE, 2010). Assim, é válido salientar que

[...] diálogo não é discussão, nem debate. Estas formas de conversação contêm uma tendência implícita de apontar em direção a uma meta, forçar uma concordância, tentar resolver um problema ou ter opiniões prevalecidas (BOHM; FACTOR; GARRET, 1991, p. 7).

Bohm, Factor e Garret (1991, p. 4) sinalizam, ainda, que o diálogo pode ser experienciado individualmente ou coletivamente, já que essa habilidade advém de uma palavra derivada de duas raízes (i.e. “*dia*” que denota “através” e “*logos*” que denota “a palavra”). Tal acepção associa a habilidade do diálogo, caracterizada como uma habilidade reflexiva (i.e. o sujeito estabelecer um diálogo consigo próprio) e como uma habilidade interpessoal (i.e. o sujeito estabelecer um diálogo com outros sujeitos).

O diálogo, enquanto uma habilidade reflexiva, permite aos sujeitos refletirem sobre as suas crenças e valores, possibilitando a manutenção ou a (re)significação dos seus pensamentos. Permite, ainda, entender como funciona o pensamento frente às manifestações deste nas situações ou ações produzidas por este. A (re)significação dos pensamentos se reflete nas realidades instituídas pelos sujeitos. Assim,

[...] se observarmos cuidadosamente o que geralmente aceitamos como sendo realidade, começamos a verificar que se inclui uma correlação de conceitos,

memórias, reflexões tingidos por nossas necessidades pessoais, medos e desejos, que são todos limitados e distorcidos pelas divisas entre as línguas e os hábitos que vêm com nossa história, sexo e cultura (BOHM; FACTOR; GARRET, 1991, p. 3).

Portanto, a palavra pensamento não se limita ao produto do intelecto consciente do sujeito, mas sim, aos sentimentos, às ações, intenções e desejos (BOHM; FACTOR; GARRET, 1991, p. 2).

Já o diálogo, enquanto habilidade interpessoal, possibilita os sujeitos explorarem livre e criativamente os assuntos complexos e sutis, dando atenção ao que os outros dizem e não priorizando o ponto de vista pessoal (SENGE, 2010). Para Bohm, Factor e Garret (1991, p. 7), por meio do diálogo “o grupo é apto a mover para além de seus bloqueios e limitações já percebidas e locomover-se em direção a um novo território”. Infere-se que esse novo território é a transformação do conhecimento, criado ou agregado na experiência coletiva, junto a uma dada ação organizacional.

Neste contexto, a adoção de uma política de gestão do conhecimento organizacional favorece à aprendizagem organizacional, já que a aprendizagem organizacional é considerada uma das diretrizes da gestão do conhecimento. Uma política desta natureza preserva o conhecimento organizacional e facilita seu compartilhamento e sua reutilização; promove a criação de conhecimento como vocação natural; mapeia e desenvolve as competências necessárias aos empreendimentos; define os perfis profissionais necessários às áreas de atuação; assegura a propriedade intelectual do conhecimento organizacional; promove e incentiva a aprendizagem organizacional; executa a gestão do capital intelectual e humano, valorizando-o; e cultiva a tecnologia da informação como suporte à gestão do conhecimento organizacional.

Não obstante este posicionamento, alguns autores definem que gestão

[...] é o processo que dirige as competências e a energia dos indivíduos e atribui os recursos materiais, com a finalidade de atingir um determinado objetivo. [...] é também um conjunto de técnicas que permitem tomar decisões racionais e pôr estas em prática, para que todos os recursos do organismo sejam empregados da melhor forma possível, tendo em vista a sua eficácia (GUINCHAT; MENO, 1994, p. 443).

Para esses teóricos da Ciência da Informação, a gestão se configura como processo para alcançar um determinado objetivo, em um dado organismo, por meio de pessoas. Assim, para diferenciar gestão do conhecimento e aprendizagem organizacional, pode-se

dizer que esta privilegia as pessoas como foco do processo de aprendizado. Já a gestão do conhecimento engloba práticas e diretrizes que se concentram no aprendizado em termos organizacional, desenvolvendo o conceito de bases de conhecimento organizacional.

De acordo com o Manual de Oslo (OCDE/FINEP, 2005, p. 32, grifo nosso), gerenciar o conhecimento

[...] compreende **atividades relacionadas à apreensão, uso e compartilhamento do conhecimento pela organização**. Essa é uma importante parte do processo de inovação. Diversas pesquisas sobre práticas de gerenciamento do conhecimento foram realizadas nos últimos anos. Elas abordam **políticas e estratégias, liderança, apreensão de conhecimento, treinamentos e comunicações**, assim como as razões para o uso das **práticas de gerenciamento do conhecimento** e os motivos por trás do desenvolvimento dessas práticas. Incluem-se também questões sobre o gerenciamento do conhecimento em pesquisas sobre inovação.

A gestão do conhecimento prioriza práticas de gestão da informação, gestão de documentos, gestão da comunicação, gestão de tecnologias de informação e comunicação e gestão de pessoas, e pode ser vista como um subsistema de gestão.²⁴

Considerando a correlação entre gestão do conhecimento, gestão da informação e gestão de documentos, pode-se conceber a gestão da informação como um processo catalisador, alicerçado em uma infraestrutura organizacional (i.e. processos, pessoas e recursos tecnológicos) (CUNHA, 2005). A adoção deste processo inclui estímulo à criação de conhecimento e aprendizado individual, bem como a coordenação sistêmica de esforços em vários níveis: organizacional e individual, institucional e operacional, normas formais e informais com repercussões na satisfação, no bem estar e na qualidade coletiva, conforme Terra (2001).

Cunha (2005) enfatiza mudanças decorrentes da gestão da informação. Quando as organizações convertem dados em informação e conhecimento, há uma modificação no processo de decisão, na estrutura administrativa e na maneira de trabalhar, pela transformação de decisões oportunistas em diretrizes e pressupostos estratégicos. Os sistemas de gestão potencializam a transformação das informações em conhecimento, desde que as pessoas criem significado para estas informações e as incorporem em suas

²⁴ Para Arantes (1998, p. 88), os sistemas de gestão auxiliam a “definir a razão” da organização; a planejar, liderar, organizar, executar, monitorar e avaliar as atividades; “a estabelecer o entendimento e as relações entre as pessoas; a obter as informações para operar e gerenciar o empreendimento, a mobilizar as pessoas para realizar a tarefa organizacional”.

práticas. Arantes (1998, p. 89) desenvolveu um “modelo de Sistema de Gestão” agrupando os “instrumentos de gestão”²⁵ em subsistemas, de acordo com seu propósito, a saber: institucional, tecnológicos, e humano-comportamental.

O **subsistema institucional** reúne os instrumentos que auxiliam a administração a fixar a razão de ser do empreendimento de acordo com crenças, valores, convicções e expectativas dos empreendedores. Ele define a identidade da empresa [i.e. da organização] como instituição, caracterizando as finalidades externas e internas que ela se propõe atender.

Os **subsistemas tecnológicos** são constituídos pelos instrumentos que dão suporte à administração na fixação dos resultados empresariais [i.e. organizacionais] e na orientação, organização, coordenação e controle das atividades de forma a assegurar que elas sejam dirigidas às finalidades pelas quais a empresa [i.e. da organização] foi criada e é mantida. São cinco os subsistemas destinados ao suporte tecnológico de gestão à administração: gerencial, operacional, organização, **comunicação** e **informação**.

O **subsistema humano-comportamental** inclui instrumentos que a administração precisa para mobilizar as pessoas que integram a empresa [i.e. da organização] [...] (ARANTES, 1998, p. 89, grifo nosso).

Nos hospitais, a qualidade é o elemento diferenciador no atendimento aos usuários, dada a sua missão essencial de cura ou alívio do sofrimento humano. Para tanto, no processo, no tratamento e no uso da informação é mister a melhoria contínua da qualidade da gestão hospitalar, objetivando uma integração harmônica das áreas tecnológica, administrativa, econômica, assistencial, de docência e pesquisa, com a razão última de atender à adequada prevenção, promoção e assistência a indivíduos ou a populações em situação de risco (BRASIL, 2002; CUNHA, 2005).

Essas organizações são responsáveis pelos registros e pelo armazenamento dos dados que originam grande parte das informações dos sistemas de saúde (CUNHA, 2005). Tais informações configuram um sistema de informação (SI) e tais sistemas são entendidos como um serviço de informação e instrumento de apoio decisório para o conhecimento da realidade socioeconômica, demográfica e epidemiológica de uma região (CARVALHO; EDUARDO, 1998; MORAES, 1993). São úteis não só para a realidade interna, como, também,

²⁵ Conforme Arantes (1998, p. 86-87), “estes instrumentos são compostos por conceitos e técnicas que vêm sendo criados, aplicados e aprimorados ao longo da história da administração e cobrem todas as necessidades da tarefa empresarial [i.e. organizacional]. Eles dão suporte às questões institucionais, gerenciais, operacionais, de organização, de comunicação, de informação e ajudam a administração a criar estados futuros, definir os caminhos, conduzir as ações em direção a esse futuro, assegurar que o desempenho está produzindo os resultados desejados. Eles auxiliam a administração também em seus esforços de definir os procedimentos e os métodos para a execução das atividades, a fixar e compartilhar os papéis e as responsabilidades entre a equipe, a promover as relações e o entendimento comum”.

para o planejamento, organização e avaliação das esferas que constituem o SUS (federal, estadual e municipal) e toda a rede de organizações de saúde.

Desse ponto de vista, os hospitais, para serem efetivos em sua missão, demandam sistemas de gestão, e sua eficácia dependerá da integração da gestão da informação ao subsistema de produtos e serviços de informação (e.g. indicadores, bancos de dados, documentos, arquivos, sistemas de informação). Para Arantes (1998), o subsistema de informação é um desconhecido para a maioria das organizações. O subsistema de informação se fundamenta em sistemas estruturados que fornecem informações sistemáticas, ágeis e no tempo certo; fornecem subsídios para estabelecer objetivos e avaliar alternativas de cursos de ação das organizações; orientam a coordenação das operações e avaliação de resultados de forma integrada.

Como dito por Cunha (2005), na maioria dos hospitais, o subsistema de organização tem uma concepção hierárquica e, assim, eles carecem de técnicas de gerenciamento avançadas e de uma abordagem sistêmica do fluxo da informação. A adoção do fluxo sistêmico da informação e da definição dos papéis contribui para o primeiro passo do processo de gestão da informação – a identificação das necessidades informacionais (CUNHA, 2005). A *práxis* sistêmica do fluxo informacional possibilita que as lideranças dos hospitais minimizem seus entraves de comunicação e, assim, levem os dados e as informações aos diversos sujeitos no contexto da rede hospitalar. Tais *práxis*, associadas às Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC), configuram técnicas de gerenciamento avançadas.

Tecnologias da informação e da comunicação abarcam tanto *hardware* como *software*. Acredita-se que seu desenvolvimento e difusão tiveram grande **impacto sobre o padrão de produção e o emprego em um amplo conjunto de indústrias** (OCDE/FINEP, 2005, p. 32, grifo nosso).

Ressalta-se, aqui, que as TICs são uma forte aliada na construção de uma organização em aprendizagem.

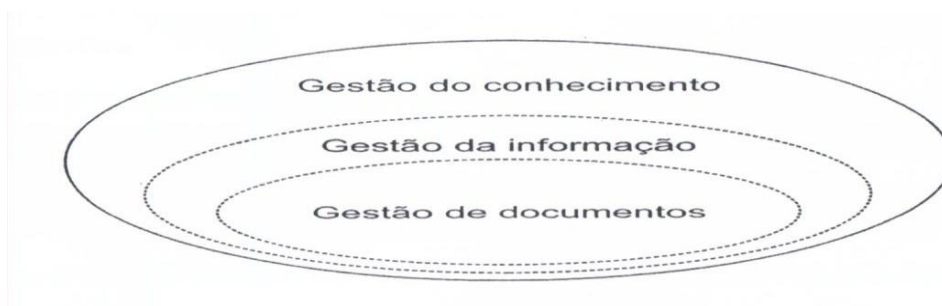
[...] Com a introdução desse tipo de tecnologia, é possível **administrar a informação e o conhecimento** de forma menos dependente de mão-de-obra intensiva. A estrutura hierárquica, que funciona como um complexo mecanismo humano que organiza o fluxo de dados e de conhecimento relevante perde sua importância. Isso significa distanciar-se da estrutura burocrática para viabilizar a complexidade organizacional por meio de **estruturas informatizadas de**

administração de informação e de conhecimento cada vez mais complexas. As questões relacionadas à estrutura organizacional passam a ser encaradas em termos da **organização da informação e da tecnologia, em detrimento da organização dos membros da organização** (VASCONCELOS; MASCARENHAS, 2007, p. 32-33, grifo nosso).

Para Vasconcelos e Mascarenhas (2007), a estruturação do fluxo de informações por meio da tecnologia possibilita horizontalizar a organização, diminuindo ou eliminando níveis médios que, antes, costumavam enrijecer o fluxo de conhecimento organizacional. A adoção e o uso das TICs propiciam ambientes apropriados para inovação, para consideração de cenários, planos de ação, estudo das necessidades dos demandantes dos serviços, avaliação dos sistemas operacionais existentes, elaboração de novos serviços e produtos. Tais tecnologias viabilizam a criação de uma memória organizacional que tenha a capacidade de captar, armazenar e recuperar conhecimentos gerais e específicos das ações organizacionais.

Os serviços de saúde demandam tais tecnologias aplicadas a técnicas de gerenciamento, já que precisam de dados e informações para subsidiar as suas ações. E, entendendo que a ação é advinda de um conhecimento da realidade e que essa realidade pode estar registrada nos documentos, infere-se que a construção desse conhecimento é facilitada por práticas de gestão, tais como a de documento e a de informação. Tais práticas alicerçam e subsidiam a gestão do conhecimento (Figura 4).

Figura 4 - Relação entre as gestões



Fonte: Santos (2007, p. 197).

Na definição de Santos (2007, p. 176), gestão de documentos corresponde “ao conjunto de procedimentos e operações técnicas” concernente à “produção, tramitação, uso, avaliação e arquivamento do documento em fase corrente e intermediária, visando a sua eliminação ou recolhimento para guarda permanente”. Faz parte da área da administração, voltada para o monitoramento e a avaliação sistemática “da criação,

recepção, manutenção, uso e destinação de documentos, incluindo processos para capturar e preservar evidência de informação sobre atividades e transações registradas” (SANTOS, 2007, p. 190). Neste contexto, pode-se conceituar gestão de conhecimento como

[...] o conjunto de processos, práticas e procedimentos que visam identificar, registrar e gerenciar o conhecimento das pessoas de forma a garantir sua utilização, difusão e aplicação no âmbito institucional.

[...] o processo sistemático de identificação [registro], **criação, renovação e aplicação** dos conhecimentos que são estratégicos na vida de uma organização (SANTOS et al., 2001 apud SANTOS, 2007, p. 191, grifo nosso).

O conhecimento organizacional pode ser dividido em tácito ou implícito e em codificado ou explícito (POLANYI, 1958). O conhecimento explícito é aquele que está registrado por meio de signos (i.e. escrita, desenho, imagem) ou incorporado em formas tangíveis (i.e. maquinário, ferramentas), é formal e sistemático. O conhecimento tácito é pessoal e se encontra enraizado na ação e no comprometimento do indivíduo (i.e. ofício ou profissão), nas habilidades técnicas, nos modelos mentais, nas crenças e nas perspectivas (BEAL, 2004; NONAKA; TAKEUCHI, 1997; ROBREDO, 2003; SANTOS, 2007; TAKEUCHI; NONAKA, 2008).

De certo modo, na gestão do conhecimento, o foco é voltado para os resultados do processo de aprendizado (LOERMANS, 2002). Nesse sentido, Nonaka e Takeuchi desenvolvem a teoria da criação e compartilhamento do conhecimento organizacional, base para a gestão do conhecimento. Essa teoria defende que as organizações possuem a capacidade de criar conhecimento, disseminá-lo e incorporá-lo a produtos, serviços e sistemas.

3.1.2 Abordagem Conceitual do Modelo Unificado de Criação Dinâmica do Conhecimento

O principal recurso de produtividade na sociedade atual é a capacidade individual e organizacional na gestão de informações e conhecimentos em ativos socioeconômicos, viabilizando vantagens competitivas. Muitos autores denominam gestão do conhecimento ao conjunto de diretrizes, estratégias, práticas e ferramentas para promover a geração, o processamento e a transformação de informações em conhecimentos (ANGELONI, 2008; LOERMANS, 2002; TAKEUCHI; NONAKA, 2008; TERRA, 2009).

Nesse contexto, o desafio das organizações é identificar e aplicar modelos, a fim de promover condições para a criação e o uso do conhecimento, transformando-o em inovações (e.g. produto, serviço, gestão, negócios). As organizações, representadas pelos seus integrantes, podem confirmar ou criar espaços em ambientes de trocas local, regional, nacional ou global com a finalidade estratégica de gerar e compartilhar conhecimentos.

O modelo de criação dinâmica do conhecimento proposto por Nonaka, Toyama e Konno (2000), objeto conceitual desta subseção, diferencia-se da abordagem tecnicista e pragmática de gestão por ponderar os aspectos de natureza tácita, complexa, interdependente e contextual do conhecimento, de forma não descolada da natureza explícita deste.

A proposta deste modelo consiste em três elementos: 1) o processo de conversão do conhecimento por meio do modelo SECI; 2) o “*Ba*” como espaço de interação para a criação do conhecimento; 3) os ativos do conhecimento, ou seja, as entradas, as saídas e os moderadores (lideranças) do processo de criação do conhecimento.

Nonaka, Toyama e Konno (2000) destacam o processo de criação de conhecimento por meio da aprendizagem coletiva. A abordagem sobre o conhecimento organizacional é vista a partir de fluxos e interações, e não apenas por estoques e controles de conhecimento. Nonaka, Toyama e Konno (2000, p. 30, tradução nossa) falam sobre a necessidade de estender a análise da aplicação deste modelo entre grupos de organizações e, quiçá, de análises voltadas aos sistemas nacionais de inovação na construção do conhecimento: “será importante examinar como organizações do segundo setor, governos e universidades possam trabalhar juntos na criação do conhecimento”.²⁶

3.1.2.1 As variáveis do processo de criação do conhecimento

O processo de criação do conhecimento se dá a partir da interação no âmbito micro (i.e. no próprio indivíduo) e macro (i.e. nas inter-relações do indivíduo) de cada sujeito (i.e. agente), e das ocorrências de mudanças ambientais interferindo nas habilidades dos sujeitos. Entende-se que habilidades são as capacidades que os sujeitos possuem de transformar os conhecimentos em ações.

²⁶ “it will be important to examine how companies, governments and universities can work together to make knowledge creation possible”.

O conhecimento pode ter um caráter tácito, individual, internalizado ou explícito, formalizado, social (POLANYI, 1958). A partir desta concepção, é reavaliada a abordagem normativa do conhecimento organizacional – que considera o conhecimento útil quando ele é um objeto exterior ao indivíduo –, por não contemplar a criação e o uso do conhecimento nas organizações. Assim, é recorrente a abordagem interpretativa do conhecimento, que o contextualiza arraigado nas práticas organizacionais, propiciando a transformação organizacional (BALESTRIN; VERSCHOORE, 2008, p. 130; NONAKA; TOYAMA; KONNO, 2000; TAKEUCHI; NONAKA, 2008).

Pode-se afirmar que o conhecimento organizacional é resultado de processos de interação entre indivíduos e organizações, caracterizando-se como dinâmico, relacional e humano. É específico de um dado contexto, dependendo, particularmente, de um determinado tempo e espaço. O processo de criação do conhecimento se dá dialeticamente, considerando-se que as convicções se aplicam a um dado tempo/espaço e não são verdades totalizantes. A dialética está na raiz do pensamento oriental e considera um processo de síntese de opostos, de integração entre polaridades que agregam a criação do conhecimento. Essas polaridades são: ação e cognição; emoção e lógica; corpo e mente; tácito e explícito; micro e macro; caos e ordem (NONAKA; TOYAMA; KONNO, 2000; TAKEUCHI; NONAKA, 2008).

Nonaka, Toyama e Konno (2000) buscam entender o processo dinâmico no qual as organizações criam, mantêm e exploram o conhecimento. Para tanto, sugerem o modelo unificado. Esse modelo depende da articulação dos três elementos citados na introdução desta subseção – o modelo SECI, os *Ba's* e os ativos do conhecimento –, a partir de uma espiral do conhecimento baseada em um processo dialético. Eles defendem a existência de interação entre sujeitos nos espaços internos e externos à organização, possibilitando a troca de conhecimento entre os gestores estratégicos, os produtores de conhecimento, os demais gestores (táticos e operacionais) e a comunidade.

3.1.2.2 Modelo SECI – processo de conversão do conhecimento

O processo de criação de conhecimento organizacional acontece por meio da interação contínua e dinâmica entre conhecimentos – tácito e explícito – com modos distintos de conversão. Nesse sentido, o processo SECI (Socialização, Externalização,

Combinação e Internalização) retrata como se cria, sistematiza e dissemina o conhecimento organizacional, a partir de um determinado contexto ou espaço adequado (NONAKA; TAKEUCHI, 1997; NONAKA; TOYAMA; KONNO, 2000; TAKEUCHI; NONAKA, 2010).

A socialização (tácito-tácito) desenvolve o campo de interação, facilitando o compartilhamento de experiências e modelos mentais dos agentes organizacionais. Ocorre pela observação, pelo convívio, pelo contato e diálogo entre mestre-aprendiz. A externalização (tácito-explícito) existe quando já se estabeleceu o diálogo ou uma reflexão coletiva, possibilitando a esses agentes articularem o conhecimento tácito oculto e de difícil comunicação, externalizando-o de forma que possa ser acessado ou consultado por outros. A combinação (explícito-explícito) propicia a convergência entre conhecimento recém-criado e o já existente, cristalizando-os em um novo produto, serviço ou processo gerencial. A internalização (explícito-tácito) se processa por meio do aprender quando um indivíduo tem contato com o conhecimento já explicitado e o assimila, é a apropriação cognitiva por parte de um indivíduo que tem acesso a livros, manuais e qualquer outra forma de difusão do conhecimento exteriorizado.

3.1.2.3 *Ba* - o espaço de interação para a criação do conhecimento

De acordo com Nonaka, Toyama e Konno (2000), o *Ba* pode ser compreendido como um espaço compartilhado para a criação e difusão de conhecimento. Este espaço pode ser: físico (salas de reuniões), virtual (e-mails, teleconferência, outras TICs), mental (modelos mentais compartilhados e ideias) ou qualquer combinação dos mesmos.

O *Ba* fornece uma plataforma para o avanço do conhecimento individual e/ou coletivo em duas dimensões. Uma dimensão é a interação que pode acontecer individualmente ou coletivamente. A outra é a mídia usada: a interação pode ser feita face-a-face ou virtualmente. Os autores propõem quatro tipos de *Ba*, que correspondem a um dos quatro modos de conversão do conhecimento (modelo SECI), acelerando o processo de criação do conhecimento. Os quatro *Ba* propostos por Nonaka, Toyama e Konno (2000) são:

- a) ***Ba da Criação*** - espaço onde o conhecimento se origina por meio da interação face-a-face entre os indivíduos, os quais compartilham sentimentos, emoções, experiências e modelos mentais. É o espaço onde se inicia o processo de criação de conhecimento e está associado à socialização do conhecimento tácito e ao compartilhamento das

experiências e habilidades entre os indivíduos, que convertem o conhecimento tácito em tácito. Nesse *Ba* emerge o amor, a confiança e o comprometimento, formando a base para a criação de conhecimento entre indivíduos;

- b) **Ba da Interação** - local onde há o compartilhamento das experiências e habilidades por meio do diálogo, convertendo-os em conceitos comuns em um grau de clareza que viabiliza sua explicitação em manuais, livros etc. É uma plataforma para a externalização do conhecimento;
- c) **Ba da Sistematização ou Virtual** - espaço onde ocorrem as interações coletivas e virtuais. Oferece um contexto para a combinação de conhecimentos explícitos a partir de bases de conhecimento existentes na organização. Nesse espaço, as TICs, como redes *on-line*, *groupware*, banco de dados, dentre outras, exercem um papel relevante para a sistematização do conhecimento explícito gerado;
- d) **Ba do Treinamento** - espaço no qual o conhecimento já foi socializado, combinado e sistematizado, novamente é interpretado e internalizado no sistema cognitivo dos indivíduos. É neste *Ba* que o conhecimento criado é internalizado em forma de novos conhecimentos e práticas de trabalhos.

3.1.2.4 Ativos do conhecimento: fatores de entradas, saídas e moderadores do processo de criação do conhecimento

O processo de criação do conhecimento fundamenta-se nos ativos do conhecimento. Esses ativos representam os recursos específicos de cada organização, que criam valor e asseguram vantagem competitiva. Esses ativos se diferenciam dos ativos econômicos tradicionais por apresentarem uma forte dimensão tácita, dificultando a sua avaliação econômica, conseqüentemente, a atribuição de valor de mercado.

Nonaka, Toyama e Konno (2000, p. 20) preconizam que esses ativos são os fatores de *inputs* (e.g. os indivíduos que trazem conhecimento para o ambiente organizacional), *outputs* (e.g. os indivíduos que difundem conhecimento para o ambiente externo à organização, dando-lhe visibilidade) e os moderadores no processo de criação do conhecimento. São considerados *inputs* os indivíduos que trazem conhecimento para o ambiente organizacional, bem como os valores e os comportamentos que favorecem o aporte de conhecimento; são considerados *outputs* os indivíduos que difundem

conhecimento para o ambiente externo à organização e lhe dão visibilidade, bem como os fatores que dão subsídios a esta difusão. A confiança criada entre os membros da organização, por exemplo, é concebida como um *output* e, ao mesmo tempo, modera como o *Ba* funciona, caracterizando-o como uma plataforma para subsidiar todo o processo. Nota-se que, nesse processo, “o conhecimento é inseparável da ação, sendo tanto *input* quanto *output*” (BALESTRIN; VERSCHOORE, 2008, p. 131).

Os três autores expressam a necessidade de um sistema para a avaliação e gerenciamento destes ativos, salientando a dificuldade de mensurá-los em razão da dinâmica deles (NONAKA; TOYAMA; KONNO, 2000). Para entender como esses ativos são criados, adquiridos e explorados, os autores os classificam em quatro tipos de processos: experienciais, conceituais, sistêmicos e rotinas.

O tipo **experiencial** reside em compartilhar o conhecimento tácito por meio dos relatos das experiências de cada indivíduo entre os membros da organização e entre parceiros organizacionais (e.g. habilidades e *know how* dos indivíduos; carinho, amor e confiança; energia, paixão e tensão). O segundo tipo, o **conceitual**, consiste em articular o conhecimento explícito por meio de imagens, símbolos e linguagem (e.g. conceito de produtos, projetos e marca). O terceiro tipo, o **sistêmico**, consiste em sistematizar e empacotar o conhecimento explícito (e.g. documentos, especificações e manuais; banco de dados; patentes e licenças). O quarto tipo, **rotina**, consiste em organizar e internalizar os conhecimentos tácitos rotinizados e embutidos nas ações e práticas das organizações (e.g. *know how* em operações diárias; rotinas organizacionais; cultura organizacional).

Para finalizar esta seção, a partir da análise das afirmações desses teóricos, depreende-se que a aprendizagem, mesmo estudada no contexto organizacional, é um processo social e, portanto, supõe-se que esse é favorecido quando a organização se insere em uma rede de aprendizagem. Ressalta-se o papel das redes sociais de inovação e aprendizagem ao fomentar a proposta dos modelos: a) de aprendizagem de circuito duplo; b) do pensamento sistêmico; e c) da teoria da criação do conhecimento organizacional.

3.2 REDES SOCIAIS DE INOVAÇÃO E APRENDIZAGEM

O conceito de redes de aprendizagem é usado

[...] na literatura como referencial analítico para o entendimento dos arranjos de estruturação, coordenação, integração, interação, complementaridade e interdependência (FONTES, 2005, p. 15).

[...] como [...] arranjos institucionais que possibilitam uma organização eficiente de atividades econômicas, através da coordenação de ligações sistemáticas estabelecidas entre firmas interdependentes (BRITTO, 2001, apud FONTES, 2005, p. 29).

Esse conceito pressupõe um arranjo entre organizações fundamentadas em estruturas capilares, fomentando fluxos de bens e informações e propiciando processos e fatores para promover a competência dos seus integrantes.

Essa configuração é potencializada quando pressupõe, ainda, o envolvimento do primeiro, do segundo e do terceiro setor da economia, para criar e difundir conhecimentos organizacionais e para fomentar a capacidade de fazer ou adotar uma dada inovação (i.e. uma dada prática ou *expertise*). Encontram-se estas redes em arranjos especialmente voltados para a geração de inovação. Assim, pode-se dizer que esta configuração é subjacente às conformações de um SLI e SNI apresentados no capítulo segundo desta tese e, também, não é dissociada dos conceitos relacionados aos processos de aprendizagem organizacional percorridos nas seções anteriores do presente capítulo. Supõe-se que tais conformações e processos possibilitam que essa configuração tenha efetividade na difusão e adoção de inovações gerenciais. Infere-se, então, que as redes de inovação e as redes de aprendizagem possuem uma grande área de sobreposição, com diversos objetivos comuns e coincidentes com os conceitos preconizados nos sistemas de inovação e das organizações de aprendizagem.

Fontes (2005, p. 34-35) identificou três dimensões do conceito de redes de aprendizagem entre organizações: 1) cooperação; 2) coordenação; e 3) motivação. As três dimensões são interdependentes e reúnem características e fatores relacionados aos processos da aprendizagem organizacional nas relações interorganizacionais.

A **dimensão cooperação** concentra mecanismos e fatores da aprendizagem a partir da cooperação entre as organizações, considerando a interação social e a integração de competências e processos dos diferentes integrantes da rede. Assim sendo, é pertinente

considerar os três componentes da aprendizagem organizacional para efetivar a cooperação, quais sejam: o social (i.e. inter-relações), o tecnológico (i.e. ferramentas de tecnologias de informação e comunicação) e o estratégico (i.e. diretrizes e estratégias de ação organizacional) (FONTES, 2005).

Na **dimensão coordenação**, são considerados aspectos de organizações em rede: a posição da organização e sua influência na coordenação da rede para fomentar a aprendizagem organizacional; a governança interna da rede e o papel desta nos processos de aprendizagem organizacional; a governança externa da rede, tais como: políticas governamentais, pressões do mercado, dentre outros (FONTES, 2005).

Na **dimensão motivação**, para que a aprendizagem organizacional exista nas relações interorganizacionais, consideram-se os ganhos coletivos, as trajetórias de acumulação de competências coletivas entre os integrantes da rede, além das peculiaridades do processo de produção, que estimulem a cooperação e o aprendizado coletivo a reduzir as rivalidades e conflitos de concorrência (FONTES, 2005).

Estas dimensões se fazem presentes nas organizações quando elas reconhecem o valor de ligações e conexões, aproximando-se dos seus usuários/clientes no intuito de: 1) compreender as suas necessidades; 2) cooperar com fornecedores com vistas a disponibilizar soluções inovadoras; 3) criar vínculos com colaboradores, centros de pesquisas e concorrentes. Tais elocidades convergem na construção e em operações de sistemas de inovação (BESSANT; TIDD, 2009). Estes autores sinalizam que o processo de inovação, em tempos de operações globalizadas e infraestruturas tecnológicas de alta velocidade, exigem que as pessoas se mobilizem, construam e gerenciem redes e conexões, tomando-as como vitais para esse processo.

Não se trata tanto de criação de conhecimento, e sim de **fluxo de conhecimento**. [...] os grandes nomes da pesquisa e desenvolvimento [...] perceberam que não podem dar conta de todos os campos de conhecimento de que precisam e estão procurando, em vez disso, organizar redes abrangentes de relacionamentos com outros participantes, em todo o globo. [...] com o auxílio de uma tecnologia de redes subjacente: a internet, que diminui as distâncias, posiciona lugares distantes lado a lado, a um só tempo, e permite possibilidades de colaboração cada vez mais promissoras. [...] **o principal desafio [...] reside em organizar e gerenciar redes de modo que funcionem**. Em vez de simplesmente constituir-se na aglutinação de diferentes pessoas e empresas, as redes bem-sucedidas possuem o que chamamos de **propriedades emergentes**, ou seja, **o todo é maior que a soma das partes** (BESANT; TIDD, 2009, p. 105, grifo nosso).

As redes de aprendizagem e inovação são um tipo específico de redes sociais. Estas se expressam como um conjunto de pessoas e/ou instituições e organizações que se relacionam para responder a demandas e necessidades da população de maneira integrada. Podem ser vistas como um meio de tornar eficaz a gestão das políticas sociais, otimizando a utilização dos recursos disponíveis, contribuindo para a difusão de informações, criando canais de comunicação e estimulando a participação dos segmentos envolvidos.

As redes sociais ganham importância nos processos de aprendizagem e inovação quando se destaca sua capacidade de fortalecer o capital social²⁷, cujos valores como colaboração e parceria, dentre outros, criam um ambiente específico de convivência, capaz de contribuir para a melhoria do desempenho de organizações que dela participem, sobretudo por resultar em uma percepção mais clara das demandas da sociedade.

Bessant e Tidd (2009, p. 107) relatam que uma rede é entendida “como um sistema ou grupo interconectado complexo, e o trabalho em rede envolve a utilização desse sistema com vistas à execução de tarefas específicas”. Infere-se, assim, que, na perspectiva de um SLI, as redes propiciam o compartilhamento de ações e informações, o que pode contribuir para o surgimento de inovações. Elas representam um jogo de múltiplos participantes, configurando maneiras diferenciadas de interação.

Para Bessant e Tidd, o trabalho em rede ocorre de maneira informal ou formal. Na perspectiva informal, as pessoas se unem “para compartilhar ideias, como se fossem um subproduto de suas interações laborais e sociais”; na concepção formal, as deliberações são organizadas com vistas a fomentar a inovação, tanto para a “criação de um novo produto ou serviço ou na aprendizagem da aplicação efetiva de algum novo conceito de processo dentro da organização” (BESSANT; TIDD, 2009, p. 107).

Tratando-se de redes de inovação, Bessant e Tidd afirmam que as mesmas

[...] são mais do que meras formas de combinação e exploração de conhecimentos dentro de um mundo complexo. Elas podem também conter o que chamamos de “propriedades emergentes” [...]. Estar em rede de inovação eficaz pode resultar em uma série de vantagens que [...] inclui o acesso a conjuntos de saberes distintos e

²⁷ O conceito de capital social foi desenvolvido por Pierre Bourdieu entre as décadas de 1970-80, em seus estudos sobre a relação entre capital e classes. Bourdieu categorizou o capital em três dimensões: a econômica, a cultural e a social. A sua abordagem para capital social destaca o conflito como modo de estabelecimento das diferenciações, ou classes. Essas formas de capital (econômico, cultural e social) são fatores de definição de posições e possibilidades dos vários atores em qualquer campo, e cada campo social tem um perfil próprio, dependendo da importância proporcional de cada uma das formas de capital nesta sociedade (BOURDIEU, 2002).

complementares, reduzindo riscos ao compartilhá-los, **acessando** novos mercados e **tecnologias para, dessa forma, agregar competências e ativos complementares** (BESSANT; TIDD, 2009, p. 107-108, grifo nosso).

Essa natureza de rede possibilita o cruzamento de ideias e combinações criativas, viabilizando a descoberta de novos e produtivos campos de atuação. A inovação é favorecida, ainda, por meio de espaços para aprendizagem, uma vez que, na maioria dos casos de inovação de processo, estes são resultados de configurações e adaptações já desenvolvidas e aplicadas a processos particulares da organização que os incorpora e os adota (BESSANT; TIDD, 2009, p. 108-109).

As redes de inovação possuem uma série de características, como:

[...] são estabelecidas e definidas formalmente; possuem uma meta de aprendizagem específica – alguma aprendizagem ou conhecimento específico que a rede viabilizará; possuem uma estrutura para operação, com limites que estabelecem processos de participação que podem ser mapeados no ciclo de aprendizagem; possuem mecanismos de mensuração de resultados que alimentam a operação de rede, que, mais tarde, decide pela continuidade (ou não) do acordo formal (BESSANT; TIDD, 2009, p. 117).

Bessant e Tidd (2009) categorizam nove tipos de redes de inovação: 1) baseadas no empreendedor; 2) equipes internas de projetos; 3) **comunidades de práticas**; 4) *clusters* espaciais; 5) **redes setoriais**; 6) consórcios de desenvolvimento de novo produto ou processo; 7) **fórum setorial**; 8) consórcio de desenvolvimento de novas tecnologias; 9) aprendizagem na cadeia de suprimento.

No Quadro 7, três, dentre os nove tipos apresentados, foram selecionados por maior aderência ao tema deste estudo. Nesta tese, o conceito de rede de aprendizagem e inovação pode ser expresso como uma rede formalmente estabelecida com o objetivo principal de criar, aumentar ou modificar o conhecimento organizacional a fim de gerar inovações em gestão hospitalar.

Bessant e Tidd (2009) evidenciam os desafios gerenciais para o desenvolvimento e a implantação de redes de inovação em três estágios: 1) inicial; 2) de operação; 3) de sustentação (*closure*). No **estágio inicial**, é definido o propósito a partir de uma percepção da necessidade da adoção de inovação tal como explorar novas tecnologias. No **estágio de operação**, a ação é estabelecer processos operacionais críticos, a partir de apoio e consenso, tais como: gerenciamento de limite de rede, tomada de decisão, resolução de conflitos,

processamento de informações, gestão do conhecimento, motivação, compartilhamento de riscos/benefícios, coordenação. No **estágio de sustentação**, podem ocorrer duas situações: a) dissolução das redes (as redes, necessariamente, não permanecem, uma vez que alcançaram o propósito, desde que esse seja bem específico); b) continuidade da rede (algumas razões existem para a continuidade da rede, desde que os membros tenham benefícios, por exemplo, maior acesso a fontes de informações, redução de custos logísticos em compras em conjunto, harmonização de procedimentos baseados na identificação de melhores práticas, dentre outros).

Quadro 7 - Tipos de Redes de Inovação

Tipos de Rede	Exemplos
Comunidades de práticas	Redes que podem envolver participantes dentro e através de diferentes organizações – o que as une é uma preocupação compartilhada em relação a um aspecto particular ou área de conhecimento.
Redes setoriais	Redes que reúnem diferentes participantes porque compartilham um setor comum – e têm, às vezes, o propósito de inovação compartilhada para preservar a competitividade. São frequentemente organizadas por associações industriais ou comerciais em prol de seus membros.
Fórum setorial	Trabalha conjuntamente ao lado de um setor para melhorar a competitividade por meio da inovação de produto, processo e serviço.

Fonte: Bessant e Tidd (2009, p. 110).

Redes de inovação, no âmbito dos hospitais, podem promover mais facilmente a competência dos profissionais do que se os hospitais atuassem isolados, e, com isso, agregar valor ao seu papel como prestador de serviço e demandante do complexo industrial da saúde

[...] cuja função é dispensar à comunidade completa assistência médica, preventiva e curativa, incluindo serviços extensivos à família em seu domínio e ainda um centro de formação dos que trabalham no campo da saúde e para pesquisas biossociais (OMS, s/d apud GONÇALVES, 1989, p. 3).

Destaca-se, ainda, o papel do Estado na configuração de redes de inovação e aprendizagem, e de um SLI, ambos constituídos de arranjos de instituições e organizações de diferentes segmentos da sociedade. Supõe que essa configuração depende de movimentos sustentados por instituições e organizações que passam a ter, a partir dos processos de desregulamentação e globalização, um papel importante na busca de competitividade e no desenvolvimento socioeconômico. E que essas organizações concebam como vantagem competitiva os processos de aprendizagem organizacional.

3.2.1 Processo(s) de Aprendizagem Organizacional e Redes de Inovação e Aprendizagem em Gestão

Nesta seção, são mapeados os conceitos de inovação, de difusão de inovações, e de aprendizagem aplicados aos processos de inovação.

Muitos são os conceitos de inovação e, aqui, apresenta-se um dos conceitos que se alinha com o estudo desenvolvido nesta tese. Assim, inovação

[...] é uma invenção que venceu os vários riscos associados, tanto tecnológicos como de mercado, e chegou ao mercado, gerando valor para os *stakeholders* envolvidos. Além disso, dependendo de quão revolucionária é a inovação e de seu grau de difusão, o impacto socioeconômico pode ser de tal significativo, resultando no que Schumpeter [...] denominava de **destruição criativa** (CARVALHO, 2009, p. 5, grifo nosso).

Existem muitas tipologias de inovação, classificando-as, por exemplo, quanto ao grau de novidade (radicais ou incrementais) (SCHUMPETER, 1961) e quanto às transformações nos atributos de valor (de sustentação ou de ruptura) (CHRISTENSEN et al., 2009). As inovações radicais provocam grandes mudanças no mundo, já as incrementais promovem a mudança de maneira processual e contínua. As inovações de sustentação, que podem caracterizar-se como incrementais ou radicais, visam à melhoria do desempenho do serviço já conhecido por um público também conhecido ou visam a que os usuários mais rentáveis deste público valorizem os atributos tecnológicos agregados ao desempenho do serviço. As inovações de ruptura implicam a criação de novos serviços, imputando novos atributos de valor. Para Christensen e outros (2009), uma inovação de ruptura apresenta três atributos de valor: 1) Capacitador tecnológico; 2) Inovação do modelo de gestão; 3) Sistema comercial.

Mas as inovações são reconhecidas, de fato, como inovações quando são adotadas e difundidas na sociedade.

A **difusão** é o meio pelo qual **as inovações se disseminam**, através de canais de mercado ou não, a partir da primeira introdução para diferentes consumidores, países, regiões, setores, mercados e empresas. Sem difusão uma inovação não tem impacto econômico. A exigência mínima para que uma mudança nos produtos ou funções da empresa seja considerada uma inovação é que ela seja nova (ou significativamente melhorada) para a empresa (OCDE/FINEP, 2005, p. 24, grifo nosso).

O modelo conceitual para a difusão de inovações em serviços de saúde, formulado por Greenhalgh e outros (2004), é constituído de seis etapas. A terceira etapa do modelo, traduzida como a comunicação e a influência para a adoção de uma dada inovação por meio da difusão e da disseminação desta, representa um dos desafios da interação entre os gestores/líderes dos hospitais e a coordenação/governança da Rede. Todavia, comunicar e influenciar são dependentes das duas etapas anteriores, traduzidas como “definição dos atributos da inovação” e “adoção pelos indivíduos e assimilação pelo sistema”.

Conforme esses teóricos britânicos (GREENHALGH et al., 2004), a taxa de adoção de uma inovação está associada à interação entre a inovação em si, os adotantes potenciais e o contexto do sistema do serviço de saúde. Greenhalgh e outros (2004) definem duas categorias de atributos relacionados à inovação em si, quais sejam: padrão e chave. Os atributos-padrão são necessários para a adoção e a assimilação de inovações complexas nas organizações de serviços, e são dependentes dos atributos-chave. Os atributos explicam as variações nas taxas de adoção das inovações em organizações de serviços (Quadro 8). Esses atributos estão intrinsecamente associados à adoção e à assimilação pelos indivíduos e sistemas respectivamente.

Os atributos listados no Quadro 8 dependem da adoção individual. Em geral, os indivíduos são receptores passivos das inovações e detêm algumas características (GREENHALGH et al., 2004). Essas características se resumem em um total de sete: 1) os antecedentes psicológicos gerais (i.e. tolerância à ambiguidade, habilidade intelectual, motivação, valores e estilo de aprendizagem); 2) os antecedentes psicológicos específicos (i.e. motivação, valores, objetivos e habilidades específicas); 3) o significado (i.e. se o significado atribuído à inovação coincide com o significado atribuído pela liderança, pelos usuários do serviço e por outras partes interessadas); 4) a decisão pela adoção, constituída por meio de um processo, e não caracterizada como um evento isolado; 5) as preocupações no estágio de pré-adoção (i.e. o conhecimento e os efeitos da inovação em suas práticas); 6) as preocupações durante o uso inicial (i.e. acesso contínuo à informação sobre a inovação, treinamento e apoio técnico no desempenho das tarefas); 7) as preocupações com usuários estabelecidos (i.e. *feedback* aos adotantes sobre as consequências da inovação e se esses possuem oportunidade, autonomia e apoio para customizar a inovação na adequação à finalidade pretendida).

Quadro 8 - Atributos das inovações

ATRIBUTOS-PADRÃO	Vantagem relativa	São aquelas inovações mais efetivas ou com melhor relação custo-benefício.	ATRIBUTOS-CHAVE	Limites imprecisos	Refere-se à adoção de inovações complexas nas organizações de serviço, que é dependente de produtos, serviços ou processo fornecidos por outras estruturas organizacionais
	Compatibilidade	São aquelas inovações compatíveis com os valores, as normas e as necessidades		Risco	Se há um alto nível de incerteza no resultado da inovação, dificilmente será adotada
	Complexidade	São aquelas inovações reduzidas pela <i>práxis</i> e, assim, difíceis de ser adotadas		Desempenho do trabalho	Se a inovação é algo prático, fácil de usar, é adotada facilmente
	Testagem	São aquelas inovações experienciadas sem compromisso		Conhecimento exigido para manipular	Adota-se a inovação se o conhecimento exigido para usá-la é codificado e transferido de um contexto a outro
	Visibilidade	São aquelas inovações onde são visíveis os benefícios		Suporte	Assimila-se a inovação se a tecnologia é acompanhada de um serviço ao usuário (e.g. a customização, o treinamento e o suporte técnico <i>on line</i>)
	Reinvenção	São aquelas inovações que são customizadas às necessidades dos potenciais adotantes			

Fonte: Fundamentado em Greenhalgh e outros (2004).

Por sua vez, a adoção individual é dependente da assimilação pela organização do serviço (i.e. do sistema). Greenhalgh e outros (2004) apontam a adoção individual a partir de um sistema fundamentado em **um modelo orgânico**, no qual a assimilação do serviço na organização caracteriza-se por um processo de ir e voltar entre as etapas iniciais, de desenvolvimento e de implementação. Em geral, esse processo é interrompido várias vezes, em razão de choques, recuos e surpresas à adoção da inovação ou da atividade de inovação entre os estágios individuais (i.e. adoção) e os estágios organizacionais (i.e. assimilação). Tais

estágios são dependentes da dualidade do “conhecimento-consciência”, da “avaliação-escolha” e da “adoção-implementação” da inovação organizacional em si nos serviços.

Greenhalgh e outros (2004), quando sugerem um modelo conceitual para a difusão de inovações em serviços de saúde, esclarecem as distinções entre os termos difusão e disseminação. A disseminação é o resultado de esforços ativos e planejados para persuadir grupos-alvo a adotar uma inovação. A difusão é informal, não planejada, descentralizada, horizontal ou negociada entre os pares.

Massarani (1998), baseada em Pasquali (1978), traz bases conceituais para a popularização da ciência, diferenciando os termos difusão, disseminação e divulgação científica, quais sejam:

- a) Difusão é o envio de mensagens elaboradas em códigos ou linguagens universalmente compreensíveis para a totalidade das pessoas;
- b) Disseminação é envio de mensagens elaboradas em linguagens especializadas, ou seja, transcritas em códigos especializados, a receptores selecionados e restritos, formado por especialistas. Pode ser feita intrapares (especialistas da mesma área) ou extrapares (especialistas de áreas diferentes);
- c) Divulgação é o envio de mensagens elaboradas mediante a transcodificação de linguagens, transformando-as em linguagens acessíveis, para a totalidade do universo receptor.

Silva e Carneiro (2006) veem a difusão como uma prática que envolve interação entre especialistas e não-especialistas. Assim, uma vez propagada uma inovação gerencial, a implementação ou a incorporação desta ocorre por meio de esforços ativos e planejados dos gestores e, por conseguinte, esta se torna dominante na organização. Já a confirmação ou a sustentação de uma inovação advém quando a mesma se estabelece como uma rotina até a sua obsolescência (GREENHALGH et al., 2004).

As **atividades de inovação** de uma empresa **dependem** parcialmente da **variedade e da estrutura de suas relações com as fontes de informação, conhecimento, tecnologias, práticas e recursos humanos e financeiros**. Cada interação conecta a firma inovadora com outros atores do sistema de inovação: laboratórios governamentais, universidades, departamentos de políticas, reguladores, competidores, fornecedores e consumidores. (OCDE/FINEP, 2005, p. 27, grifo nosso).

As assertivas conceituais sobre a difusão enfatizam o papel do processo de comunicação como a força motriz da propagação de uma inovação. Greenhalgh e outros (2004) defendem que há diversas influências que possibilitam difundir uma inovação (e.g. estrutura da rede social, homofilia, líderes de opinião, marketing, programas formais de disseminação). Essas influências são vistas como pontos em um *continuum* entre a difusão pura (propagação não programada, informal, descentralizada, horizontal ou negociada entre pares) e a disseminação ativa (propagação planejada, formal, centralizada hierárquica).

Adoção e, conseqüentemente, a difusão de inovações, implica um processo de aprendizagem organizacional. Os processos de aprendizagem organizacional estão associados à ampliação do estoque de conhecimentos para melhorar o desempenho da organização e associa-se, também, a inovações gerenciais, desde que exista o aprimoramento permanente destes para gerar inovações e desenvolver competências individuais e organizacionais. Tais processos objetivam a aquisição de diferenciais em relação às demais organizações, concorrentes ou não, e potencializam a capacidade de sustentabilidade dessas organizações (LASTRES; FERRAZ, 1999; TIDD; BESSANT; PAVIT, 2008).

Segundo o Manual de Oslo (OCDE/FINEP, 2005, p. 61), a inovação organizacional “é a implementação de um novo método organizacional nas práticas de negócios da empresa, na organização do seu local de trabalho ou em suas relações externas”.

Aceita-se amplamente que a **inovação** seja central para o crescimento do **produto** e da **produtividade**. Entretanto, embora nosso **entendimento sobre as atividades de inovação e de seu impacto econômico** tenha aumentado muito desde a primeira edição do Manual, ele **ainda é deficiente**. Por exemplo, **assim como a economia mundial evolui, o mesmo ocorre com o processo de inovação**. A globalização conduziu empresas (i.e. organizações) a crises dramáticas no que diz respeito **ao acesso à informação** e a novos mercados. Ela também resultou em maior competição internacional e em **novas formas de organização** para lidar com cadeias de fornecimento global. Devido a **vantagens em tecnologias e maiores fluxos de informação, o conhecimento é cada vez mais percebido como um condutor central do crescimento econômico e da inovação**. Porém, **ainda não se sabe como tais fatores afetam a inovação** (OCDE/FINEP, 2005, p. 15, grifo nosso).

Nesta tese, o termo inovação organizacional equivale à inovação gerencial nos hospitais, que é entendida como a adoção e a incorporação de estruturas organizacionais significativamente alteradas; de técnicas de gerenciamento avançado; e de orientações estratégicas novas ou substancialmente alteradas (OCDE/FINEP, 2004, p. 61-62).

As inovações gerenciais estão relacionadas às mudanças ocorridas na estrutura gerencial, na interação entre as diversas áreas ou setores ou departamentos, no relacionamento com os *stakeholders* e nas diversas técnicas de estruturação dos processos. O processo de inovação se dá a partir do aprendizado e da introdução deste em novas práticas, produtos, desenhos e processos. Em muitas situações, o processo inovador pode ser resumido à introdução de novas tecnologias, ou de inovações tecnológicas, no contexto organizacional. Quase sempre o processo inovativo é fruto de um caráter interativo, na medida em que envolvem agentes, tais como: organizações (i.e. firmas, associações, cooperativas), agências governamentais, universidades, institutos de pesquisas e instituições financeiras (CASSIOLATO, 2004; SBICCA; PELAEZ, 2006, p. 418; TIGRE, 2006, p. 71 -73).

As inovações organizacionais em *práticas de negócios* compreendem a implementação de novos métodos para **a organização de rotinas e procedimentos para a condução do trabalho**. Isso inclui, por exemplo, a implementação de **novas práticas para melhorar o compartilhamento do aprendizado e do conhecimento** no interior da empresa [i.e. da organização]. Um exemplo é a primeira implementação de **práticas para a codificação do conhecimento**, por exemplo, pelo **estabelecimento de bancos de dados com as melhores práticas, lições e outros conhecimentos, de modo que se tornem mais acessíveis a outros**. Outro exemplo é a primeira implementação de práticas para o desenvolvimento dos empregados e melhorias na permanência do trabalhador, como os **sistemas de educação e de treinamento**. Outros exemplos são a primeira introdução de **sistemas de gerenciamento** para a produção geral ou para as operações de abastecimento, tais como **sistemas de gerenciamento** da cadeia de fornecedores, reengenharia de negócios, produção enxuta e **sistemas de gerenciamento** da qualidade (OCDE/FINEP, 2005, p. 62, grifo nosso).

Na terceira edição do Manual de Oslo, são evidenciados dois fatores que os gestores fomentam, a fim de sustentar suas ações nas estruturas organizacionais, quais sejam: capital social ou de rede e avaliações das interações.

[...] O **capital social ou de rede** refere-se aos estoques de confiança social, valores e normas das empresas. Dele decorrem importantes impactos sobre a **circulação da informação** dentro de uma empresa e sobre o **compartilhamento de conhecimentos em atividades colaborativas com outras organizações**. As empresas podem implementar novas estruturas organizacionais ou novas práticas para introduzir uma nova cultura de negócios, normas e valores, com o objetivo de melhorar a capacidade de inovar da empresa. O estabelecimento da confiança é também um fator-chave para a manutenção e a melhoria dos relacionamentos, dentro e fora da empresa. Os relacionamentos de longo prazo que podem construir a confiança mútua podem oferecer benefícios a todos os participantes. (OCDE/FINEP, 2005, p. 98-99, grifo nosso).

A inovação produz impactos econômicos, desde que difundida amplamente entre as organizações, os setores e as regiões, desencadeando novos mecanismos, processos, empreendimentos ou criando novos *lôcus* na sociedade.

Há duas razões principais para o uso do termo “nova para a firma” como o requisito mínimo de uma inovação. Inicialmente, a **adoção de inovações** é importante para o sistema de inovação em seu conjunto. Ela **envolve um fluxo de conhecimentos por parte das firmas que adotam a inovação**. Aliás, o **processo de aprendizado na adoção de uma inovação** pode levar a desenvolvimentos posteriores na inovação e ao desenvolvimento de novos produtos, processos e outras inovações. Ressalte-se ainda que o principal impacto da inovação na atividade econômica provém da **difusão de inovações iniciais por outras empresas**. A difusão é apreendida pelo tratamento das inovações que são originais para a empresa (OCDE/FINEP, 2005, p. 24, grifo nosso).

A **difusão** pode ser entendida como um processo pelo qual uma inovação é comunicada por meio de canais, no tempo, e entre membros de um sistema social (ROGERS, 2003).

Assim, é pertinente estabelecer um estilo de liderança organizacional que avalie a pertinência em adotar inovações na organização do local de trabalho.

As **inovações na organização do local de trabalho** envolvem a implementação de novos métodos para **distribuir responsabilidades e poder de decisão entre os empregados na divisão de trabalho existente no interior das atividades da empresa (e unidades organizacionais) e entre essas atividades**. Participam também novos conceitos para a estruturação de atividades, tais como a **integração de diferentes atividades de negócio**. Um exemplo de inovação no local de trabalho é a primeira implementação de um **modelo organizacional** que confere aos empregados de uma empresa **maior autonomia na tomada de decisões e os encoraja a contribuir com suas ideias**. Isso pode ser alcançado por meio da **descentralização das atividades de grupo e do controle gerencial ou pelo estabelecimento de times de trabalho formais ou informais nos quais trabalhadores individuais têm responsabilidades de trabalho mais flexíveis**. Entretanto, inovações organizacionais podem também envolver a centralização de atividades e maior responsabilidade final para a tomada de decisões (OCDE/FINEP, 2005, p. 62, grifo nosso).

De acordo com Souza (2000, p. 25), o exercício da liderança, nesta era, é produzir resultados por meio de “pontes internas e externas”, com o objetivo de liberar a criatividade dos “talentos humanos”.

[...] os líderes precisam estar capacitados para obter resultados de equipes interempresariais com diversidade de interesses, compostas de diferentes empresas e culturas envolvidas. A capacidade de liderar *networks*, em vez de

simples comando de subordinados, passou a ser uma habilidade diferenciada e cada vez mais valorizada [...] (SOUZA, 2000, p. 27).

Para este consultor e professor, é pertinente uma mudança de mentalidade dos líderes para gerar resultados “fora das paredes” das organizações. Tal premissa requer desses líderes monitorar e avaliar as interações firmadas entre os sujeitos organizacionais.

A **avaliação das interações** foi ampliada em virtude da importância dos fluxos de conhecimento entre as firmas e outras organizações para o desenvolvimento e a difusão de inovações. **Isso ajuda a entender o papel das estruturas organizacionais e das práticas que promovem o compartilhamento e o uso do conhecimento e da interação com outras empresas e instituições públicas.** Isso inclui também a **formação de relacionamentos** mais próximos com fornecedores e o avanço do desenvolvimento de práticas de *marketing* para melhor atingir os consumidores. [...] cobre uma variedade de interações que vão das trocas entre unidades autônomas de informação ao envolvimento ativo em **projetos de inovação conjuntos** (OCDE/FINEP, 2005, p. 16, grifo nosso).

Greenhalgh e outros (2004) salientam que as iniciativas de inovação em saúde têm sido relativamente desfavorecidas no que se refere à difusão de inovações nas organizações prestadoras de serviços. Assim, torna-se imprescindível a difusão de inovações em serviços de saúde de forma planejada, com o fim de maximizar a exposição e o alcance de inovações bem sucedidas no âmbito dos comportamentos e, eventualmente, induzir mudanças desejáveis na gestão administrativa e assistencial dos serviços de saúde.

Essa difusão se processa a partir da aprendizagem, a qual está intrinsecamente associada à capacidade de inovar. Para tanto, a aprendizagem é concebida como algo interativo, não descolada do envolvimento de organizações e do contexto cultural, e depende da flexibilidade organizacional e da capacidade cognitiva, no sentido de absorção de novos conhecimentos. Tais atributos são elementos essenciais para a difusão de novas tecnologias (ROGERS, 2003; SBICCA; PELAEZ, 2006; TIGRE, 2006).

Rogers evidencia que

[...] a fase de tomada de decisão no processo de decidir por inovar ocorre quando um indivíduo (ou outra unidade de tomada de decisão) se engaja em atividades que levem a uma escolha para aprovar ou rejeitar a inovação. A **adoção** é uma decisão a fazer **pleno uso de uma inovação como a melhor ação disponível**. Rejeição é uma decisão de não adotar uma inovação (ROGERS, 2003, p. 177, tradução nossa, grifo nosso).²⁸

²⁸ “The decision stage in the innovation-decision process takes place when an individual (or other decision-making unit) engages in activities that lead to a choice to adopt or reject an innovation. **Adoption** is a

Ora, de acordo com Rogers (2003), o pleno uso de uma inovação requer uma decisão e, subsequentemente, a sua difusão.

A **difusão de inovações** abrange genericamente uma gama de atividades relativas à propagação de novos produtos, tecnologias, processos, idéias, comportamentos etc., em contextos sociais e mercadológicos. O tema ganhou impulso no Brasil em meados da década de 1990, quando as iniciativas de inovação derivadas dos convênios, intercâmbios e parcerias, que então se desenvolviam entre empresas, governos, universidades, incubadoras e instituições de pesquisa, começaram a requerer **maior circulação de informações e de conhecimento**. Esse desdobramento permitiu estender o foco do interesse pelas inovações, até então centrado nas relações estritamente econômicas entre mercado e indústria, para **variáveis de natureza social e comportamental**. Desde então, da sociologia rural ao *marketing*, os estudos sobre difusão de inovações vêm se realizando com diferentes abordagens, conceitos e métodos numa variedade de disciplinas e áreas de conhecimento, entre as quais a saúde pública, geografia, sociologia, antropologia, comunicação, economia, ciências administrativas, educação e psicologia (JARDIM, 2008, p. 1.456, grifo nosso).

Nesta lógica, para ocorrer à difusão de inovações é necessário que antes elas sejam adotadas. Rogers (2003) apresenta um modelo para o processo de decisão associado à inovação, composto por cinco fases: conhecimento, persuasão, decisão, implementação ou incorporação e confirmação ou sustentação.

1. **Conhecimento** ocorre quando um indivíduo (ou unidade de tomada de decisões outras) é exposto à existência de uma inovação e ganha de uma compreensão de como ele funciona.
2. **Persuasão** ocorre quando um indivíduo (ou unidade de tomada de decisões outras) torna-se favorável ou desfavorável para uma atitude de inovação.
3. **Decisão** ocorre quando um indivíduo (ou unidade de tomada de decisões outras) se engaja em atividades que levam a uma escolha para aprovar ou rejeitar a inovação.
4. **Implementação** ocorre quando um indivíduo (ou unidade de tomada de decisão outros) coloca uma ideia nova em uso.
5. **Confirmação** ocorre quando um indivíduo busca o reforço de uma decisão de inovação já tomada, mas ele ou ela pode reverter essa decisão anterior se forem expostos a mensagens conflitantes sobre a inovação (ROGERS, 2003, p. 169, tradução nossa, grifo nosso).²⁹

decision to make full use of an innovation as the best course of action available. Rejection is a decision not to adopt an innovation”.

²⁹ “1. **Knowledge** occurs when an individual (or other decision-making unit) is exposed to an innovation’s existence and gains an understanding of how it functions. 2. **Persuasion** occurs when na individual (or other decision-making unit) forms a favorable or na unfavorable attitudes towards the innovation. 3. **Decision** takes place when an individual ((or other decision-making unit) engages in activities that lead to a choice to adopt or reject the innovation. 4. **Implemetation** occurs when na individual (or other decision-making unit) puts a new Idea into use. 5. **Confirmation** takes place when na individual seeks reinforcement of an

As características do processo de inovação promovem um interesse no entendimento dos processos interativos e em como estes atuam no aprendizado das organizações. As teorias da firma buscam compreender a natureza dos processos de aprendizado como um componente fundamental para a construção de um agente inovador. Esse agente é entendido como uma firma (i.e. organização) que cumula competências e atua em um ambiente em permanente mutação.

Estabelecendo uma analogia com o trabalho seminal de Arrow (1992) sobre o conceito de aprendizado, infere-se que o aprendizado é um processo cumulativo por meio do qual as organizações ampliam os estoques de conhecimento, aperfeiçoam procedimentos de busca e refinam habilidades em desenvolver ou manufaturar tecnologias (i.e. produto, processo, gestão e modelo de negócio).

O **aprendizado organizacional** depende de práticas e de rotinas, de padrões de interação dentro e fora da empresa, e da capacidade de mobilizar conhecimento tácito individual e promover interações. **Tal aprendizado pode ser estimulado por meio de um cuidadoso arranjo de práticas, rotinas e relacionamentos ou através de uma organização mais fluida e flexível na qual os indivíduos são incentivados a desenvolver novas idéias e formas de realizar as tarefas** (OCDE/FINEP, 2005, p. 39, grifo nosso).

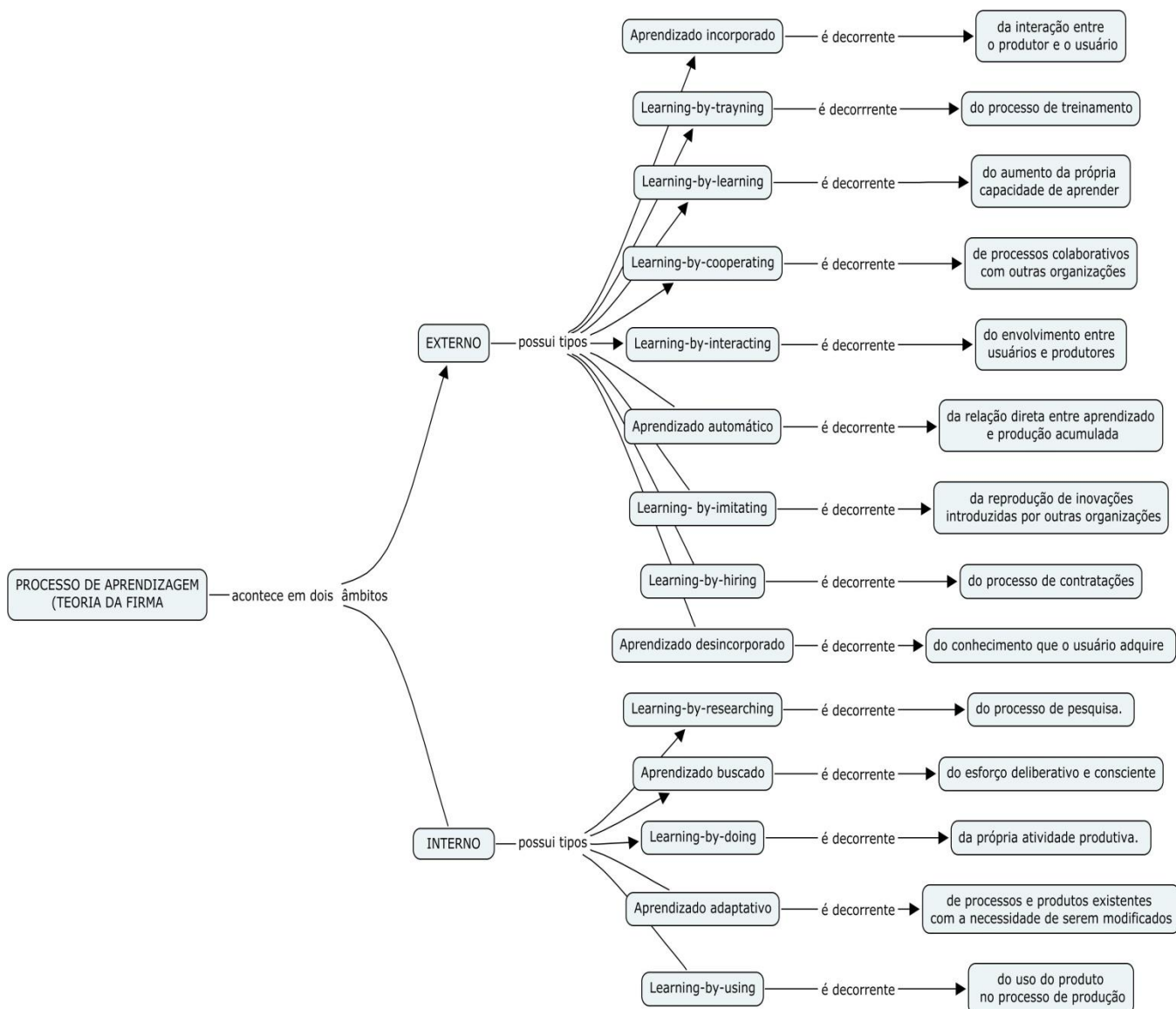
Os processos de aprendizado no contexto das teorias da firma são explorados por diversos teóricos. A partir dos trabalhos elaborados por Cassiolato (2004) e Queiroz (2006), os principais processos de aprendizagem são mapeados na Figura 5.

Ressalta-se que esse mapeamento não abrange a análise exaustiva do fenômeno, mas considera que o conteúdo da aprendizagem é a heurística organizacional,³⁰ a partir da rotina organizacional, como um guia para aperfeiçoar a experiência (CASSIOLATO, 2004, p. 4).

innovation-decision already made, but he or she may reverse this previous decision if exposed to conflicting messages about the innovation”.

³⁰ Segundo Spers e Santos (2007, p. 1), a “heurística é um processo simplificador que as pessoas utilizam para ‘driblar’ a complexidade, a escassez de recurso e a pressão do tempo em tomadas de decisão, sejam em cenários que envolvam decisões de consumo de um produto/serviço, formalidades empresariais que envolvam investimentos, contratações, demissões, expansão dos negócios ou até mesmo em casa nas decisões informais”.

Figura 5 - Mapa Conceitual sobre os principais processos de aprendizagem preconizados nas Teorias da Firma



Fonte: Fundamentado em Cassiolato (2004) e Queiroz (2006).

Cassiolato (2004) sinaliza que a literatura tem classificado a aprendizagem organizacional em dois âmbitos: o interno e o externo. O aprendizado interno é influenciado pelas idiossincrasias, pela cultura organizacional e, também, pelos custos relacionados às atividades de aprendizado. No entanto, a multidisciplinaridade de conhecimentos, o custo de novas tecnologias, a natureza sistêmica e complexa de inovar exigem que o aprendizado interno se vincule ao aprendizado externo.

O aprendizado externo fundamenta-se a partir do entendimento que inovação é um processo iterativo de natureza social, é resultado de diferentes articulações entre atores,

firmas (i.e. organizações) e instituições (LUNDVALL et al., 2001). Esse aprendizado não pode substituir o interno, mas aumenta a sua velocidade ou modifica a direção e as dimensões necessárias. Observa-se que o aprendizado interno é condição *sine qua non* para o aprendizado externo. Conclui-se que a aprendizagem organizacional caracteriza-se por combinações diversas de aprendizado interno e externo.

O aprendizado interno e o externo se processam a partir de interações diretas e sistemáticas entre agentes emissores e receptores de informações. As inovações acontecem baseadas no intercâmbio contínuo de informações entre produtores e usuários, os quais alteram, permanentemente, as qualificações dos agentes organizacionais.

Observa-se, ainda, que a **aprendizagem por interação** é eminentemente um processo social, a partir do desenvolvimento de uma linguagem acessível aos agentes organizacionais. Quanto mais contínuo for o processo de aprendizagem, maior será o grau de interação e de compatibilização de padrões cognitivos, facilitando a difusão de conhecimentos tácitos.

Além dessas condições, na revisão elaborada por Cassiolato (2004), destaca-se o contínuo aperfeiçoamento dos canais de comunicação entre os agentes, fornecendo a infraestrutura do intercâmbio das informações. Por fim, esse tipo de aprendizado requer tempo para se desenvolver e demanda confiança mútua entre os agentes, além de investimento regular.

3.2.2 Rede InovarH-BA e Processos de Aprendizagem Organizacional e Inovação Gerencial

A Rede InovarH-BA é formalmente estabelecida com vistas a apoiar o desenvolvimento e a difusão de práticas de aprendizagem e de inovação de gestão em organizações hospitalares e, também, fortalecer a colaboração interorganizacional dos serviços de saúde do SUS. Neste contexto, desde a sua instituição, são realizadas iniciativas para promover processos interativos entre integrantes dos hospitais baianos. A fim de apresentar algumas destas iniciativas, nas próximas subseções são discutidos os meios e os espaços considerados como possibilidades para o compartilhamento de conhecimentos organizacionais em gestão hospitalar na Rede InovarH-BA. A partir dos aportes conceituais relatados sobre organizações de aprendizagem, aprendizagem organizacional e inovação gerencial, observa-se que esforços são realizados no sentido de promover a conversão do conhecimento dos sujeitos que atuam nos hospitais baianos.

3.2.2.1 Portal Colaborativo como Ferramenta para Aprendizagem e Inovação

Em mercados globalizados e competitivos, a proliferação das tecnologias da informação e da comunicação e a importância atribuída à geração de conhecimento como vantagem estratégica têm incentivado as organizações prestadoras de serviços a gerar e a adotar inovações.³¹ Uma das estratégias para avaliar o quanto uma organização investe em inovações é identificar a quantidade de recursos que ela aplica nesta atividade (IBGE, 2008). De acordo com Hamdani (2007), entre as décadas de 80 e 90 do último século, a P&D autofinanciada cresceu de 62% dos serviços totais para 69%, estando acima dos 70% já na última metade dos anos 90.

O governo brasileiro vem buscando mapear e difundir práticas gerenciais inovadoras em serviços intensivos em conhecimento. Cita-se como exemplo o Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização (GesPública), resultado da evolução de uma série de iniciativas do Governo Federal para promover a gestão pública de excelência (BRASIL, 2012). Estas práticas são consideradas inovadoras, na medida em que desencadeiam modificações e possibilitam o desenvolvimento de relações transformadoras entre os sujeitos envolvidos na produção e no consumo daqueles serviços. Assim, a inovação não é uma escolha deliberada, mas uma necessidade que vem sendo apoiada e incentivada pelo governo, nas diferentes esferas federativas. Dentre as ações apoiadas, citam-se as voltadas para o compartilhamento de informações mediante o uso de portais colaborativos (CUNHA; SOUZA; MENDES; SILVA, 2009).

Com o objetivo de explorar os benefícios das TICs, na proposta da Rede InovarH-BA foi incluído e implementado o Portal Colaborativo da Rede. O Portal, disponível no endereço eletrônico www.inovarh.ufba.br, apresenta, dentre outros itens, espaços para compartilhamento de informação entre a comunidade e os participantes da Rede, assim como recursos de comunicação.

O Portal da Rede InovarH-BA constitui um ambiente colaborativo, disponibilizado na internet, com a finalidade de reunir os hospitais públicos, privados e filantrópicos do Estado da Bahia, apoiando e motivando o compartilhamento de experiências gerenciais inovadoras.

³¹ Nesta tese, por se tratar de serviços cujos processos produtivos são quase totalmente dependentes do conhecimento do trabalhador, ou seja, são intensivos em mão-de-obra qualificada (i.e. hospitais), parte-se do pressuposto de que o conhecimento é o pivô da transformação dos serviços em inovação.

Entre as funcionalidades do Portal, existe o SIG, para subsidiar a geração e difusão de conhecimento em serviços hospitalares e apoiar a tomada de decisão dos gerentes desses hospitais.

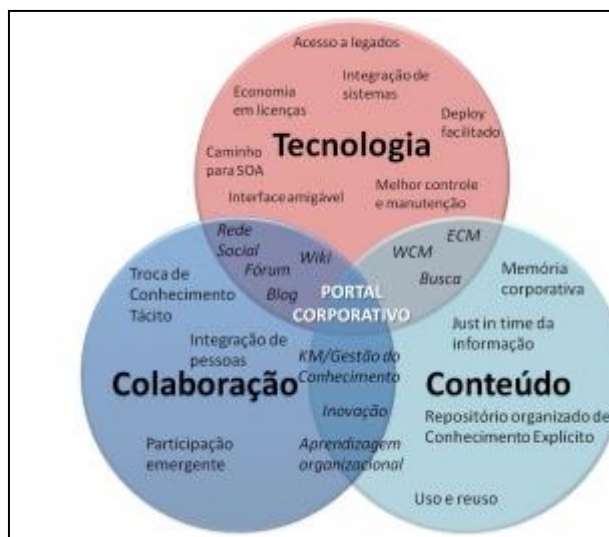
3.2.2.1.1 **Portais Colaborativos**

Reynolds e Koulopolous (2009) definem Portal Colaborativo, também denominado EIP (*Enterprise Information Portals*), como o resultado de uma evolução da aplicação das intranets, incorporando a essa tecnologia novos recursos tecnológicos, que permitem a identificação, a captura, o armazenamento, a recuperação e a distribuição de grandes volumes de informações, originados de fontes variadas, internas e externas, para os indivíduos e equipes de uma organização. Neste sentido, atualmente, a implantação, a disponibilização e o acesso a portais, por meio da internet, permite a aproximação, o compartilhamento de informação e a colaboração entre diferentes organizações e indivíduos com interesses diversos.

Resumidamente, os Portais Colaborativos podem ser caracterizados, do ponto de vista da abstração lógica, por três palavras-chave: conteúdo, colaboração e tecnologia (Figura 6). O conteúdo consiste nas informações armazenadas, que são compartilhadas e atualizadas pelos usuários do portal. A colaboração é representada pelo conjunto de ferramentas do portal que apoiam a aproximação entre os usuários, disponibilizando suportes tecnológicos necessários ao estabelecimento de redes colaborativas. Por fim, a tecnologia significa a integração e a orquestração entre os sistemas de informação que compõem o portal, de forma amigável para o usuário.

Historicamente, os portais foram evoluindo a partir do avanço tecnológico. Essas mudanças também podem ser consideradas para classificar os portais em categorias de acordo com a sua finalidade e características principais. Dias (2001) apresenta uma classificação para os portais, considerando as suas gerações e adotando a categorização elaborada por Eckerson (1999) para portais públicos (portal web), conforme apresentado no Quadro 9.

Figura 6 - Palavras-chave de um Portal Colaborativo



Fonte: Saldanha (2009, apud CUNHA; SOUZA; MENDES; SILVA, 2009).

Funcionalmente, os portais colaborativos representam um ponto único de acesso personalizado e generalizado, a partir de: controle de acesso e caracterização dos usuários em diferentes perfis; integração entre dados estruturados e não estruturados; integração entre vários recursos tecnológicos em um mesmo ambiente computacional; apoio à execução de processos e fluxos de trabalho (i.e. *workflow*). Além disso, do ponto de vista tecnológico, portais deste tipo são caracterizados por uma arquitetura tecnológica flexível, geralmente formada por camadas. Usualmente, essa arquitetura possui várias camadas: uma camada de interface, a qual representa a porta de entrada dos usuários ao portal; uma camada para taxonomia e mecanismo de busca; uma camada onde estão localizadas as aplicações WEB; uma camada de conexão onde se estabelecem conectores entre as aplicações, os sistemas de gestão e o *Data Warehouse*;³² e, ainda, camadas para os sistemas de gestão propriamente ditos (TERRA; GORDON, 2002).

³² *Data Warehouse* corresponde a um ambiente computacional adotado para armazenar, de forma consolidada, informações relativas às atividades de uma organização em banco de dados.

Quadro 9 - Características das Gerações de Portais

Geração	Categoria	Características das gerações de Portais
<i>Primeira</i>	Referencial	Máquina de busca, com catálogo hierárquico de conteúdo da <i>web</i> . Cada entrada do catálogo contém uma descrição do conteúdo e um <i>link</i> . Essa geração enfatiza mais a gerência de conteúdo, disseminação em massa das informações corporativas e o suporte para a decisão.
<i>Segunda</i>	Personalizado	O usuário, por meio de um identificador e uma senha, pode criar uma visão personalizada do conteúdo do portal, conhecida como "Minha Página". Os usuários podem publicar documentos no repositório corporativo para que esses sejam também visualizados por outros usuários.
<i>Terceira</i>	Interativo	O portal incorpora aplicativos que melhoram a produtividade das pessoas e equipes, tais como correio eletrônico, calendários, agendas, fluxos de atividades, gerência de projeto, relatórios de despesas, viagens, indicadores de produtividade etc. Essa geração adiciona o caráter cooperativo ao portal, provendo múltiplos tipos de serviços interativos.
<i>Quarta</i>	Especializado	Portais baseados em funções profissionais para gerência de atividades específicas na instituição, tais como vendas, finanças, recursos humanos etc.

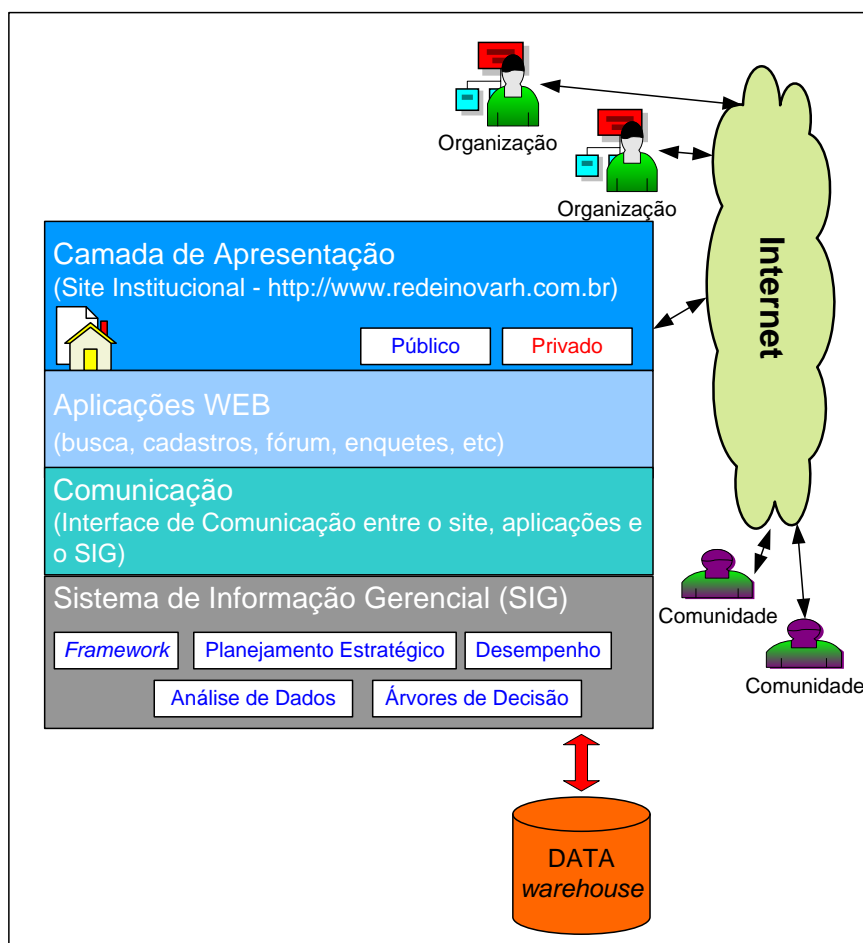
Fonte: Dias (2001 apud CUNHA; SOUZA; MENDES; SILVA, 2009).

3.2.2.1.2 **Portal Colaborativo da Rede InovarH -BA**

O portal da Rede InovarH-BA é composto por quatro camadas (Figura 7), que são: 1) **camada de apresentação**, que corresponde ao *home* institucional; 2) **camada de aplicações web**, onde estão disponíveis os recursos: fórum, enquete, fale com a rede, notícias etc.; 3) **camada de comunicação**, responsável por garantir a integração entre o Sistema de Informação Gerencial (SIG) e aplicativos web, através do acesso do usuário ao portal; 4) **camada do SIG**, na qual estão os módulos que compõem este sistema.

Os usuários do portal da rede estão classificados em duas categorias: comunidade em geral (geralmente baianos, profissionais, pesquisadores e estudantes da área em serviços de saúde) e integrantes da Rede. Esta classificação é adotada para caracterizar os usuários e definir seus perfis, visando garantir o acesso personalizado e generalizado ao portal.

Figura 7 – Arquitetura do Portal da Rede InovarH-BA



Fonte: Cunha, Souza, Mendes e Silva (2009).

O gerenciamento desses perfis é realizado de forma transparente para o usuário, pela camada de apresentação, que é ilustrada na Figura 8. Esta camada possui as informações e os serviços disponíveis para o público em geral e uma área privada para que as organizações parceiras, integrantes da rede, possam conectar e acessar o SIG.

Algumas das áreas que compõem o Portal são: divulgação de notícias, agenda de eventos, informações sobre parceiros, formulários de contato, fórum, entre outras.

Figura 8 - Camada de Apresentação do Portal da Rede InovarH: www.inovarh.ufba.br

The screenshot displays the homepage of the Rede InovarH portal. At the top left is the logo, a red network diagram with the text 'InovarH Rede de Inovação e Aprendizagem em Gestão Hospitalar - BAHIA'. To the right is a login box for 'Acesso restrito ao SIG' with fields for 'Login' and 'Senha', and an 'OK' button. Below the login box is the date '12 de junho de 2009, sexta-feira'. A navigation bar includes 'Home', 'Fale com a Rede', and a search box labeled 'InovarH Web' with a 'Buscar' button. A secondary menu lists 'Rede InovarH', 'Biblioteca', 'Fórum', 'Serviços', and 'Links'. The main content area is divided into several sections: 'Outros destaques' with three event announcements from August 2009; 'Acontece na Rede' with four news items; 'Organização Parceira' featuring a photo of Hospital São Rafael; 'Notícias' with three news items; 'Publicações Recentes' with three articles; 'Fórum de Boas Práticas de Gestão' with a login box; 'Acreditação Hospitalar' with details for a 2009 accreditation event; 'Enquete' with a poll question 'O que você achou do novo site da Rede InovarH?'; and 'Capacitação' with details for a 2009 accreditation course. The footer contains contact information for Rede Inovação e Aprendizagem em Gestão Hospitalar - Bahia and a note about the browser used for the screenshot.

Fonte: Rede InovarH (2009).

3.2.2.2 Sistema de Informação Gerencial como Ferramenta na Geração e Difusão de Conhecimento

Um dos serviços do portal da Rede InovarH-BA é o Sistema de Informação Gerencial (SIG). O objetivo geral do desenvolvimento e da implantação do SIG é identificar, via o portal da Rede, as melhores práticas de gestão com vistas à implantação da avaliação de *benchmark*, elevando a qualidade dos serviços e reduzindo os custos (CUNHA; MENDES; HASTENREITER FILHO, 2009).

Os objetivos específicos são: 1) Convergir dados e informações para compor gráficos e relatórios gerenciais com vistas à tomada de decisões em tempo real; 2) Propiciar um

ambiente adequado a monitorar a qualidade do processo e do atendimento ao paciente; 3) Consolidar grupo de indicadores gerenciais em um único Banco de Dados; 4) Avaliar o gerenciamento dos hospitais integrantes da Rede InovarH-BA; 5) Garantir a qualidade e a credibilidade das informações; 6) Auxiliar no Planejamento Estratégico, fornecendo subsídios para a Avaliação; e 7) Criar uma Cultura Organizacional que facilite a produção de informações para gerar conhecimento (CUNHA; MENDES; HASTENREITER FILHO, 2009).

3.2.2.2.1 **Metodologia de Desenvolvimento do SIG da Rede InovarH-BA**

O SIG é composto por cinco módulos integrados, com o objetivo de oferecer aos seus usuários um ambiente completo para a implementação de projetos sofisticados de *Bussines Intelligence*, Acompanhamento do Desempenho Corporativo através de KPI (*Key Performance Indicators*) e Carregamento e Gerenciamento do Planejamento Estratégico das organizações. Tais módulos são: 1) *Framework*; 2) Planejamento Estratégico; 3) Desempenho; 4) Análise de Dados; 5) Árvores de Decisão.

Resumidamente, o desenvolvimento do SIG foi iniciado a partir do levantamento de requisitos. Nesse momento, a equipe de atendimento e engenharia da empresa que desenvolveu o SIG, após visitas, entrevistas e reuniões, elaborou o perfil tecnológico em que se encontravam os hospitais participantes da Rede InovarH-BA, emitindo um relatório e uma estimativa do trabalho composto das seguintes fases: **I. Montagem do Armazém de Dados (*Data Warehouse*)**: pesquisa de requisitos por meio de um levantamento de escopo e de sistemas operacionais legados, entre os quais o *Framework*, estabelecendo conexão para extração dos dados. Esta fase é responsável pela transferência, limpeza e transformação dos dados do sistema de origem para o banco de dados; **II. Configuração/Customização**: construção do pacote analítico com a implementação das regras de negócios específicos para cada cliente, incluindo a definição das Áreas de Análises, indicadores, *Dashboards*³³ Corporativos, *Scorecards*,³⁴ Relatórios, Gráficos, OLAP,³⁵ Painéis Comparativos, Planejamento Estratégico entre outros serviços; **III. Implantação/Instalação**: corresponde à

³³ Aplicativo que fornece uma representação ilustrada do desempenho dos negócios em toda a organização.

³⁴ Aplicativo que fornece uma representação visual dos indicadores chave de desempenho (KPIs) – indicadores cuidadosamente selecionados que ajudam as empresas a medir e gerenciar o desempenho.

³⁵ *Software* que permite aos analistas de negócios, gerentes e executivos analisar e visualizar dados corporativos de forma rápida, consistente e principalmente interativa.

instalação propriamente dita da solução, realizada pela equipe técnica, que fez o *Start Up* inicial e ajustou as configurações e *performance* dos Módulos; **IV. Treinamento de Usuários:** existem roteiros de treinamento para cada módulo da solução. O treinamento é feito nas dependências físicas dos hospitais, utilizando-se uma cópia de sua própria base de dados.

Os elementos que compõem o escopo da metodologia de implementação do SIG são: desenvolvimento da camada analítica (análises, indicadores e relatórios) da solução para a Rede InovarH-BA; desenvolvimento da camada de integração de dados com hospitais da Rede; disponibilização do portal gerencial; operação e manutenção do portal; documentação e treinamento/seminário sobre a utilização do portal.

Para implantação do SIG nos hospitais, foram realizadas articulações com os núcleos de Epidemiologia dos hospitais e treinamentos com 126 gestores que cursaram a Especialização em Gestão Hospitalar para o SUS, ofertado pela UFBA, no sentido de sensibilizá-los quanto à importância do uso do sistema (CUNHA; SOUZA; MENDES; SILVA, 2009).

3.2.2.2.2 **Indicadores do SIG da Rede InovarH-BA**

O sistema de indicadores gerenciais da Rede InovarH-BA articula o desenvolvimento e a aplicação de dados e informações administrativas, financeiras e assistenciais dos hospitais integrantes, viabilizando o processo administrativo e assistencial. Esses indicadores se transformam em um suporte técnico gerencial para os estabelecimentos de saúde do Estado da Bahia, por meio do Portal desta Rede, com a finalidade de subsidiar o cumprimento da sua missão.

Para a definição dos indicadores, foram realizadas oficinas de consenso (SOUZA; SILVA; HARTZ, 2005) com especialistas na metodologia e representantes dos hospitais integrantes da Rede. Foram identificadas as necessidades informacionais (indicadores e suas respectivas variáveis) dos diversos setores dos hospitais e as necessidades de aquisição, organização e armazenamento das informações, bem como se identificaram os produtos e serviços de informações, a distribuição e o uso das informações entre os atores, com fins de gerar conhecimento.

Os indicadores são instrumentos de apoio decisório para a gestão (planejamento, organização, monitoramento, avaliação e governança). No âmbito da Rede InovarH-BA, os

indicadores são voltados para as decisões que norteiam os rumos da realidade dos hospitais integrantes da Rede, com foco no Planejamento Estratégico e no *Benchmarking*.

Estes indicadores subsidiam a avaliação gerencial, monitoram a execução das tarefas e os relacionamentos essenciais ao funcionamento dos hospitais, a partir do acompanhamento das práticas de gestão mais relevantes, do compartilhamento das experiências exitosas e do processo de aprendizagem em gestão hospitalar.

O conjunto dos indicadores, definidos nas oficinas de consenso, contempla cinco grupos, distribuídos em: 1) Indicadores Gerais de Desempenho; 2) Indicadores Específicos de Desempenho; 3) Indicadores Administrativos (Área de Apoio, Materiais e Recursos Humanos); 4) Indicadores Econômico-financeiros; 5) Indicadores de Mercado.

Assim, o SIG possibilita aos integrantes da Rede monitorar e avaliar o conjunto de indicadores consensuados. Destaca-se, ainda, que a associação dos indicadores, no âmbito de adoção e de abrangência das práticas nos hospitais, permite o relacionamento entre conduta e desempenho, criando um espaço para a aprendizagem no âmbito da Rede. Os resultados esperados a partir da adoção desta prática de gestão são os seguintes: possibilitar o acesso aos indicadores para os hospitais participantes da Rede InovarH-BA; fomentar a modernização do banco de dados desses hospitais; promover decisões gerenciais tomadas com base em informações; implementar o uso do ambiente WEB entre os hospitais, a partir da difusão e do compartilhamento de conhecimentos científicos e tecnológicos em gestão hospitalar.

3.2.2.3 Eventos Presenciais como Espaços de Aprendizagem Organizacional

A Rede InovarH-BA se propõe, também, a motivar o estreitamento do contato entre as instituições participantes e, ainda, subsidiar o estabelecimento de uma política de qualificação dos gerentes e dos profissionais das organizações hospitalares. Para isto, a própria estrutura da Rede apoia a realização de cursos de capacitação e eventos oferecidos pelos seus parceiros e para seus parceiros. Essas programações ocorrem presencialmente e em formato de minicursos, seminários, palestras, cursos de extensão e de pós-graduação, entre outros.

Na perspectiva de desenvolver e implantar meios e espaços para a criação e a difusão de inovações gerenciais em organizações intensivas em conhecimento, a Rede InovarH-BA

busca a incorporação e a adoção desses meios e espaços a partir da imbricação e participação de sujeitos que laboram em prol de políticas e serviços voltadas a sistemas de atenção à saúde. Fundamentado em Bessant e Tidd (2009), no que se refere aos desafios gerenciais para iniciativas desta natureza, no próximo capítulo é apresentada a metodologia escolhida para a pesquisa de campo.

Neste sentido, esta pesquisa de tese contribuiu para identificar em qual desses estágios (i.e. o inicial, o de operação e o de sustentação) a Rede InovarH-BA encontra-se. Buscou-se compreender se a implementação de uma rede social propicia processos de inovação e aprendizagem em gestão hospitalar e se uma Rede desta natureza é isomorfa a uma estrutura de um SLI. Assim, coordenadores da Rede InovarH-Brasil, gestores do SUS e do SLI foram entrevistados e integrantes dos hospitais da Rede InovarH-BA responderam a um questionário. Esses dois grupos de sujeitos participantes da pesquisa configuram um subsistema estratégico e um subsistema operacional do SUS, no qual se integra a Rede InovarH-BA.

Por finalizar este capítulo, na próxima seção é abordado o fenômeno da complexidade no contexto da aprendizagem organizacional e da inovação gerencial associado às redes de inovação e aprendizagem voltadas à dinâmica dos serviços de saúde.

3.3 O *COMPLEXUS* DAS REDES DE APRENDIZAGEM E INOVAÇÃO EM GESTÃO HOSPITALAR

Dada a revisão analítica dos conceitos realizada neste capítulo, infere-se que o conhecimento humano é criado, e difundido, por meio da interação social, desde que ocorra a conversão desse conhecimento. Para Takeuchi e Nonaka (2008, p. 59),

[...] essa conversão é um processo social entre indivíduos e não confinado em um único indivíduo. De acordo com a visão racionalista, a cognição humana é um processo dedutivo dos indivíduos, porém o indivíduo nunca está isolado da interação social quando percebe as coisas. Assim, através do processo de conversão social, o conhecimento tácito e o explícito expandem-se em termos de qualidade e quantidade.

Logo, deduz-se que o conhecimento organizacional é um fenômeno promovido por indivíduos no âmbito de uma coletividade. O que corrobora a assertiva, já apresentada, de que a aprendizagem organizacional é entendida como um processo contínuo que vai além da soma da aprendizagem individual dos integrantes de uma organização. Inicialmente, tal

inferência leva a aceção do princípio sistêmico ou organizacional e do princípio hologramático, relacionados ao pensamento complexo, associando-os ao processo de aprendizagem organizacional. Se, por um lado, a aprendizagem é um processo interno e pessoal, que surge da interação entre duas ou mais pessoas, o **princípio sistêmico** configura-se na dinâmica da aprendizagem organizacional a partir do momento em que o conhecimento de cada sujeito da organização é agregado ao conhecimento dos demais sujeitos da organização, e o resultado desta agregação é maior do que a soma do resultado do conhecimento de cada sujeito colocado em prática isoladamente.

O **princípio hologramático** se estabelece nesse processo quando se entende que o conhecimento organizacional se dá a partir do conhecimento individual e que o conhecimento organizacional está inscrito no conhecimento de cada indivíduo. À medida que é compartilhado e interiorizado, o conjunto do conhecimento organizacional estará refletido no conhecimento de cada indivíduo.

As assertivas de Argyris (2010) sobre a aprendizagem de modo duplo e as de Senge (2010) sobre a adoção e incorporação das tecnologias componentes nas organizações que aprendem se alinham com as investigações propostas por Bastos (2002) quando este faz uma analogia entre cérebro e organizações. Este autor pensa o mecanismo operacional do cérebro tal qual o funcionamento das organizações, e sugere investigações de “como os indivíduos e organizações constroem os seus ambientes e como tais processos se relacionam com importantes produtos organizacionais” (BASTOS, 2002, p. 65-66). Neste contexto, é possível refletir sobre o **princípio do círculo retroativo** e o **princípio do círculo recursivo**, relativos ao pensamento complexo, associados aos processos de aprendizagem organizacional e de inovação gerencial.

Para Argyris (2010) e Senge (2010), a aprendizagem organizacional requer o uso de estratégias emergentes e criativas, promove o surgimento de novas práticas, e essas, uma vez incorporadas às imagens e às representações mentais dos indivíduos, desde que construídas coletivamente, podem constituir inovações nas ações organizacionais. Logo, a aprendizagem e a inovação emergem a partir da ruptura do princípio da causalidade linear (i.e. das evidências de erros nas ações organizacionais) e pela inclusão dos processos autoreguladores (i.e. inter-retroações computantes e cogitantes dos sujeitos cognoscentes na busca das soluções para os erros detectados, conforme Morin, 2005b, p. 195). O **círculo de retroação ou *feedback*** permite reduzir o desvio (i.e. erros ou práticas constituídas),

estabilizando o sistema (i.e. as ações organizacionais), corroborando um fenômeno complexo. O círculo de retroação retrata os laços a que se refere Argyris em seus conceitos acerca de aprendizagem organizacional.

Uma das principais características desse fenômeno são as emergências resultantes das recursividades ou iteratividades de partes ou indivíduos nos sistemas (MORIN, 2005a). Para esse autor, as emergências se configuram como criações em relação a um dado contexto desde que sejam recorrentes. Neste sentido, supõe-se que a Rede InovarH-BA, a partir dos seus meios e espaços, promove a criação de conhecimentos em gestão hospitalar desde que os sujeitos introduzam em seu *habitus* a socialização, externalização, combinação e internalização de seus conhecimentos recursivamente.

Ainda com base nos princípios do pensamento complexo, o **princípio do círculo recursivo** introduz a noção de autoprodução e auto-organização. Este princípio remete a um círculo gerador, no qual o produtor (nesta tese, os sujeitos), no processo de produzir (nesta tese, em sua atuação profissional), modifica o meio onde se insere e é modificado por ele. Assim, produtor, processo e produto estão intimamente ligados.

Nessa abordagem, um ser inteligente, embora divida o mundo complexo em subconjuntos mais simples, cognoscíveis, não perde a perspectiva do conjunto. Compreendendo o todo e as partes, o sujeito pode planejar sua ação, entendendo planejamento como a capacidade de combinar conhecimentos para decidir o melhor desenvolvimento da ação a fim de alcançar seu objetivo. Essa capacidade, segundo Imbert (1988, p. 55-56), é uma das faces da capacidade de aprendizagem e dentre ela se inclui a capacidade de “modificar as estruturas do conhecimento, as estratégias perceptivas e a ação”.

Assim sendo, é possível, também, correlacionar o **princípio da auto-eco-organização** ao processo de aprendizagem organizacional. Esse princípio é caracterizado pela autonomia e dependência dos sistemas vivos (MORIN, 2003 e 2005a). Ora, se as organizações (i.e. hospitais) são entendidas como sistemas, espera-se delas a capacidade de regeneração permanente, que, de certo modo, pode ser compreendida como uma aprendizagem organizacional. Observa-se que essa capacidade se efetiva por meio dos sujeitos (i.e. auto-organizadores das organizações) e por meio do conhecimento tácito desses sujeitos (i.e. autoprodução). Para tanto, é recomendado a interação desses sujeitos com o ambiente organizacional (i.e. externo e interno à organização) para retirar e apreender a energia e a

informação deste ambiente nos quais esses sujeitos estão inseridos, caracterizando a auto-eco-organização.

Logo, a aprendizagem organizacional é vista como algo interativo e socialmente imerso, não descolada do envolvimento de organizações e do contexto cultural dessas. Assim sendo, infere-se que esse processo é relacional e implica a capacidade de regeneração e de autoprodução, a partir da (re)significação do conhecimento organizacional e da assimilação de um novo *habitus*. Tal condição revela tanto uma autonomia como uma dependência dos sistemas.

Isto posto, a autoprodução, no contexto da aprendizagem organizacional, não é descolada da condição dialógica entre a desordem (i.e. novas energias e informações apreendidas pelos sujeitos), a ordem (i.e. as energias e informações já inculcadas nos modelos mentais dos sujeitos) e a organização (i.e. o comportamento dos sujeitos frente às suas estratégias de ação organizacional) por meio de inumeráveis inter-retroações constitutivas do mundo físico, biológico e humano (MORIN, 2003).

Encontram-se as relações entre o **princípio dialógico do pensamento complexo** e as inovações gerenciais ou mesmo a metanoia, preconizada por Senge (2010), quando se defende que estas dependem das inter-retroações computantes e cogitantes entre os sujeitos nas organizações. Tal princípio se coaduna com a adoção de uma flexibilidade da cultura organizacional e da capacidade cognitiva dos sujeitos no sentido de absorção de novos conhecimentos. Esta adoção e esta capacidade são atributos essenciais para a difusão de novas tecnologias gerenciais e são recorrentes ao processo de aprendizagem organizacional.

Destarte, o processo de inovação é consequência do processo de aprendizagem, uma vez que esse se caracteriza como um processo cumulativo, por meio do qual as organizações ampliam os estoques de conhecimento, aperfeiçoam procedimentos de busca e refinam habilidades em desenvolver ou manufaturar tecnologias, expressas em produtos, processos, novas ferramentas de gestão e novos modelos de negócio.

Nesse aspecto, o **princípio da reintrodução do conhecimento em todo conhecimento** é associado ao processo de inovação gerencial e ao processo da difusão dessas. Nesta tese, a difusão de inovações é entendida conforme proposto por Rogers (2003), ou seja, como um processo pelo qual uma inovação é comunicada por meio de canais, no tempo e entre membros de um sistema social. Esta acepção caracteriza a Rede

InovarH-BA como um sistema social, pois promove a difusão de inovações gerenciais por meio do conhecimentos dos sujeitos que integram essa Rede, a partir da interação destes nos espaços presenciais e virtuais. A difusão se efetiva se, de fato, esses sujeitos compartilharem seus conhecimentos.

Assim, a reintrodução do conhecimento em todo conhecimento opera a restauração do sujeito e torna presente a problemática cognitiva central. Para Morin (2003), essa problemática se constitui a partir de que todo conhecimento é uma reconstrução, dependente da tradução desse conhecimento por um espírito/cérebro, em uma cultura e tempo determinados. Infere-se que, no contexto da aprendizagem organizacional e da inovação gerencial, a Rede InovarH-BA possibilita a difusão do conhecimento em gestão hospitalar, no entanto, não assegura as inter-retroações computantes e cogitantes, relacionadas ao espírito/cérebro dos sujeitos que a compõem. Supõe-se que tais inter-retroações, no âmbito dos hospitais, podem ser cotejadas uma vez que essas organizações de serviços assimilem o *habitus* de interação entre sujeitos na troca de energia e informações relacionadas à gestão hospitalar.

Observa-se que essa interação (i.e. um novo *habitus*) não é dependente apenas de uma estrutura telemática, mas da adoção do modelo de aprendizagem de circuito duplo de Argyris (2010), das disciplinas propostas por Senge (2010) e do modelo de criação do conhecimento de Takeuchi e Nonaka (2008). Aprender e inovar são muito mais que internalizar informações, depende da disposição para compartilhá-las e transformá-las em algo novo.

No Quadro 10, são elencados, resumidamente, os sete princípios-guia de Morin (2003).

Neste capítulo, foram abordados conceitos sobre os processos de aprendizagem organizacional e inovação gerencial. Não obstante o quadro analítico conceitual percorrido, a abordagem epistemológica do pensamento complexo, proposta por Morin (2003), foi contemplada, evidenciando o *complexus* desses processos nessa sociedade.

Como síntese, pode-se dizer que aquelas organizações que promovem a aprendizagem são compostas por sujeitos cognoscentes conscientes³⁶. E que o trabalho de

³⁶ “A consciência é o produto global de interações e de interferências cerebrais inseparáveis de interações e interferências de uma cultura sobre um indivíduo” (MORIN, 2005, p. 139).

cada sujeito afeta o cognoscível dos demais e vice-versa. Logo, as organizações não são sistemas isolados e estão em um processo de contínua correção de rumo.

Essa correção de rumo pode ser subsidiada por meio da incorporação e adoção, por esses sujeitos, de tecnologias de geração de conhecimentos, de processamento de informação e de comunicação de símbolos, desde que ratifiquem a importância dos fenômenos cognitivos.

Quadro 10 - Paralelismo entre os princípios-guia do pensamento complexo e a abordagem sobre aprendizagem, inovação e redes sociais (i.e. Capítulo 3)

PRINCÍPIOS GUIAS	TEMÁTICA TESE
1. Princípio sistêmico ou organizacional	Individual e Coletivo ⇔ Liga o conhecimento das partes (i.e. sujeitos) ao conhecimento do todo (i.e. grupo). O todo é mais e menos simultaneamente do que a soma das partes.
2. Princípio hologramático	Conhecimento organizacional e conhecimento individual ⇔ A parte (i.e. conhecimento individual) está no todo e o todo (i.e. conhecimento organizacional) está inscrito na parte. Inspira-se no holograma em que cada ponto contém a quase totalidade da informação do objeto que o contém.
3. Princípio do círculo retroativo	Erros ou práticas constituídas ⇔ O círculo de retroação ou <i>feedback</i> permite reduzir o desvio, estabilizando o sistema. Rompe o princípio da causalidade linear pela inclusão dos processos autoreguladores.
4. Princípio do círculo recorrente	Relação entre sujeitos (produtor), ações (produto) e processo (atuação na organização) ⇔ Introduz a noção de autoprodução e auto-organização. Ao longo do processo, o produtor gera o produto e, ao mesmo tempo, é modificado por ele.
5. Princípio da auto-eco-organização: autonomia e dependência	Aprendizagem ⇔ Toda organização vivente se regenera permanentemente a partir da morte de suas células. Há tanto uma autonomia como uma dependência em todo sistema vivente: “Viver de morte, morrer de vida” (Heráclito). ³⁷
6. Princípio dialógico	Inovação ⇔ A dialógica entre a desordem, a ordem e a organização, através de inumeráveis inter-retroações, é constitutiva do mundo físico, biológico e humano.
7. Princípio da reintrodução do conhecimento em todo conhecimento	Conhecimento dos Sujeitos em Redes ⇔ Opera a restauração do sujeito e torna presente a problemática cognitiva central: todo conhecimento é uma reconstrução/tradução por um espírito/cérebro em uma cultura e tempo determinados.

Fonte: o autor, fundamentado em Morin (2003).

Esta pesquisa considera que, para o SUS consolidar seus princípios doutrinários (integralidade, equidade, universalidade) e operacionais (municipalização, hierarquização, regionalização), é pertinente, em sua gestão, a adoção de um novo *habitus*, a **interação**,

³⁷ Para Morin (2005a, p. 255), “tudo o que está aberto vive *sob* ameaça de morte e *da* ameaça de morte. Em outras palavras, *toda existência se alimenta do que a corrói*. Isto nos conduzirá à ideia heraclitiana capital”.

entre as instituições e organizações, incluindo os hospitais da Rede InovarH-BA, que são parte desse sistema em rede e do complexo industrial da saúde. Assim, a tese que aqui se defende é explicitada na assertiva segundo a qual, para uma rede de aprendizagem e inovação se concretizar, é necessária a adoção desse novo *habitus*.

No próximo capítulo, é discorrida a base metodológica desta pesquisa, elucidando o tipo de estudo, as fontes e os instrumentos utilizados na pesquisa, os métodos de análise das informações levantadas, o *lócus*, as instâncias e os respectivos sujeitos do objeto empírico, e os processos de levantamento, organização, análise e interpretação das informações levantadas.

4 O *COMPLEXUS* METODOLÓGICO DA PESQUISA

Nesta tese, as redes sociais são consideradas mecanismos de difusão de informações que favorecem a criação de conhecimentos em gestão hospitalar. Considera-se que, para a Rede InovarH-BA, que reúne organizações hospitalares do SUS, consolidar os princípios doutrinários e operacionais deste sistema, é pertinente, em sua gestão, a adoção do *habitus* da **interação** entre as organizações.

A suposição da adoção deste *habitus* aplica-se também à Rede InovarH-BA, composta por organizações hospitalares vinculadas ao SUS. Essa adoção contribuirá para promover meios, canais ou espaços para a criação, difusão e aplicação de conhecimentos, viabilizando redes de aprendizagem e inovação. Nesta tese, a proposta da Rede InovarH-BA e, de certa forma, a do SUS, é compreendida como uma estrutura ou desenho organizacional com a configuração de uma rede social e de um SLI. Essas configurações, se refletidas em modelos de gestão, proverão meios para os fluxos de conhecimento dependentes da interação e da capilaridade dessas instituições e organizações.

Nesta pesquisa, o olhar empírico para analisar a configuração da Rede InovarH-BA como uma rede de aprendizagem e inovação inicia-se a partir de questionamentos apresentados aos coordenadores da Rede InovarH na Bahia (BA), em São Paulo (SP) e no Rio Grande do Sul (RS), e sujeitos inseridos em instituições e organizações do SUS e de um SLI. Estes sujeitos da pesquisa proporcionaram o conhecimento do ponto de vista de gestores que atuam nos níveis estratégicos do SUS, da Rede InovarH e de agências de fomento. No entanto, para uma visão ampliada desta problemática, torna-se relevante a compreensão dos processos de aprendizagem organizacional e de inovação gerencial a partir do ponto de vista dos sujeitos inseridos nos hospitais integrantes da Rede InovarH-BA. Assim, também foram incluídos como sujeitos da pesquisa os representantes dos hospitais integrantes da Rede InovarH-BA que responderam a um questionário.

As informações levantadas foram aqui analisadas com o intuito de verificar a emergência do fenômeno interação como condição para a difusão desses conhecimentos e, por conseguinte, para a configuração de uma rede social colaborativa em inovação e aprendizagem em gestão hospitalar. Logo, o *complexus* metodológico proposto para esta pesquisa engloba um conjunto de ações, interações, ou retroações entre o sujeito observador e o objeto observado. Contrária à epistemologia tradicional da ciência, nesta

pesquisa estou como um protagonista, incluído e comprometido com a temática proposta, a Rede InovarH-BA. Assim, o planejamento da pesquisa, a escolha dos métodos e técnicas utilizados, ou seja, a sua metodologia foi alicerçada no pensamento complexo e não no pensamento cartesiano nem no holístico.

O objetivo geral deste capítulo é apresentar o estudo dos métodos e técnicas escolhidos para esta tese. Para tanto, este capítulo traz seis seções, quais sejam:

1. o tipo de estudo;
2. as fontes e os instrumentos utilizados na pesquisa;
3. os métodos de análise das informações levantadas;
4. o *lócus*, as instâncias e os respectivos sujeitos do objeto empírico;
5. os processos de levantamento, organização, análise e interpretação das informações;
6. a organização, análise, e interpretação das informações das entrevistas e dos questionários.

4.1 TIPO DE ESTUDO

A revisão conceitual, apresentada nos capítulos precedentes, foi pautada em aportes sobre redes sociais, aprendizagem organizacional e inovação gerencial em consonância com aportes documentais sobre a Lei de Inovação no Brasil e as Leis que tratam da regulamentação do SUS. Essa revisão objetivou a sistematização de bases conceituais sobre redes sociais colaborativas de inovação e aprendizagem em gestão hospitalar associada a bases conceituais sobre Sistemas de Inovação e Sistemas de Saúde. A sistematização permitiu o uso de analogias entre as configurações de redes e de sistemas (i.e. analógicos, hipotéticos), associando abordagens qualitativas e quantitativas que apontam para a identificação dos fatos observados e o estabelecimento das relações entre os mesmos (i.e. homológicos). As técnicas empregadas para tal sistematização corroboram com os princípios do pensamento complexo, que tem como métodos preferenciais o analógico, a abdução, o hipotético e o homológico, por meio de técnicas qualitativas e quantitativas usualmente empregadas (NAVES; ROCHA NETO, 2008).

A pretensão não é estudar o porquê da ocorrência dos fatos, mas compreender as relações entre a participação das organizações hospitalares na Rede InovarH-BA, e a

promoção da aprendizagem organizacional e da inovação gerencial. Tal pretensão caracteriza os princípios do pensamento complexo, que se pautam em emergências, influência e interdependência (i.e. os aportes conceituais associados aos resultados da pesquisa de campo, caracterizando as influências e as interdependências desses na contribuição final desta pesquisa). São utilizadas abordagens:

- a. dialética – tese, antítese e síntese –;
- b. dialógica – interação – (i.e. o *complexus* dos sistemas e redes de serviços em saúde, o *complexus* das redes de aprendizagem e inovação em gestão hospitalar, a metodologia da pesquisa, o *complexus* da pesquisa empírica).

Ainda assim, em razão do problema e dos objetivos estabelecidos, a pesquisa caracterizou-se, quanto aos objetivos, inicialmente como exploratória, evoluindo para descritiva.

Considera-se exploratória por ser realizada em uma área onde há pouco conhecimento acumulado e sistematizado sobre o problema. No tangente ao aspecto descritivo, associa-se às questões de expor características de determinada população (instâncias do governo, organizações hospitalares e organizações não governamentais que tratam sobre gestão hospitalar, sistemas de inovação e de saúde) ou de um determinado fenômeno (redes sociais de inovação e aprendizagem), e ao estabelecimento de relação entre redes sociais de inovação e aprendizagem em gestão hospitalar (TOBAR; YALOUR, 2001, p. 69).

Quanto à abordagem, esta pesquisa caracteriza-se como pesquisa qualitativa e quantitativa e, por conseguinte, as técnicas utilizadas estão relacionadas com estas abordagens. Acredita-se que o objeto desta pesquisa é um produto social e, conseqüentemente, incapaz de ser identificado independentemente de sujeitos inseridos no contexto dos hospitais, de organizações governamentais e acadêmicas, e de instâncias não governamentais, acoplados ao cognoscível do sujeito pesquisador. Saliento que venho acompanhando as ações de sensibilização e implantação da Rede InovarH-BA muito antes da sua criação formal, por meio da portaria ministerial, até a redação final deste documento.

Nesse sentido, a pesquisa requer a abordagem qualitativa, que foi associada a uma abordagem quantitativa. No que se refere ao caminho de uma pesquisa qualitativa, Godoy (1995, p. 58) afirma que ele se caracteriza como um esforço cuidadoso para a descoberta de novas informações ou relações e para a verificação e ampliação do conhecimento existente.

Não obstante, esse esforço, quando associado a informações tratadas por meio de estatísticas descritivas (i.e. tabelas e gráficos) e de grafos (i.e. representação matemática de relacionamentos), “permitem ao pesquisador verificar até que ponto determinadas relações ou diferenças são sistemáticas ou não” à temática investigada (GÜNTHER, 2003, p. 28).

Destaca-se que este é o primeiro estudo de cunho científico neste nível de formação de doutorado que tem como foco a Rede InovarH-BA. Também há o caráter inédito deste estudo devido ao fato de existir uma carência de pesquisas que relacionem a participação de hospitais em redes sociais com o estímulo à aprendizagem organizacional e à criação de inovações gerenciais.³⁸

No que se refere aos procedimentos, esta pesquisa se caracteriza como pesquisa de campo, com a finalidade de um posicionamento interpretativo; e também se caracteriza como pesquisa de levantamento, pois envolve a interrogação direta das pessoas cujo comportamento se deseja conhecer (GIL, 1991).

Ainda em relação aos procedimentos utilizados, dada à especificidade do objeto, empregou-se a revisão bibliográfica e a pesquisa documental, na perspectiva de fundamentar o trabalho. Para Luna (1999, p. 105), uma revisão assim formata um cabedal de conhecimentos de outros sujeitos e gera “a crítica contínua” ao produto destes, o que corrobora com os resultados da nova pesquisa e provoca “o aprimoramento da ciência”.

4.2 FONTES E INSTRUMENTO DA PESQUISA

Como fontes de pesquisa para os aportes conceituais foram considerados livros, periódicos científicos e documentos (Portarias, Leis, Resoluções, Políticas Governamentais) na perspectiva de fundamentar as inferências sobre a temática proposta. Essas inferências são resultados de uma análise por meio dos princípios-guia do pensamento complexo, apresentadas nos capítulos 2 e 3, seções, 2.3 (Quadro 4) e 3.3 (Quadro 10).

Para a pesquisa empírica, a partir dos aportes conceituais, foi elaborado um roteiro de entrevista semiestruturada, com pequenas variações em relação aos sujeitos a serem

³⁸ Foram acessadas bases de dados científicas com o propósito de encontrar estudos desta natureza até 25 de outubro de 2011, quais sejam: www.scielo.br, www.sciencedirect.com e www.capes.gov.br (Portal de Periódicos da CAPES). Vale salientar, ainda, que, em 19 de abril de 2011, eu apresentei, na comunicação coordenada, intitulada “Experiências Inovadoras”, no QualiHosp 2011, na Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, o trabalho com o título: “Rede InovarH – Mecanismo de Difusão do Conhecimento”.

entrevistados (Apêndice C e D). Segundo Tobar e Yalour (2001), essa técnica possibilita respostas por meio de alternativas pré-definidas, no entanto, oferece uma flexibilidade para seguir novas pistas. Essa flexibilidade permite maior liberdade ao pesquisador e ao informante, não perdendo de vista o conjunto de instruções claras pertinentes às principais perguntas feitas ou ao tema explorado. Torna-se mais fácil sistematizar as informações desse tipo de técnica, pois as perguntas centrais são indagadas a cada sujeito.

As perguntas propostas procuraram descobrir a visão do informante a respeito dos aspectos mais importantes de determinado fato ou fenômeno (i.e. sistema local de inovação, redes sociais de inovação e aprendizagem, processos de aprendizagem organizacional e inovação gerencial), assim como possibilitaram a expressão do ponto de vista de cada um deles com informações necessárias à análise qualitativa. A partir desta primeira etapa de prospecção das informações, foi possível elaborar, de modo mais fundamentado, o instrumento de levantamento que subsidiou a análise quantitativa.

Assim, para contemplar a pesquisa de campo, foi elaborado, também, um questionário (Apêndice B), contendo cinco grupos de questões, com a finalidade de verificar as inter-relações das variáveis de pesquisa, ou seja, a participação dos hospitais (i.e. variável independente), a aprendizagem organizacional e inovação gerencial (i.e. variáveis dependentes) entre os sujeitos inseridos nos hospitais da Rede InovarH-BA.

Além disso, foi utilizada a Análise de Redes Sociais (ARS), a fim de retratar a estrutura da rede social formada pelos integrantes da Rede InovarH-BA (e interessados), com base nas listas de presença dos eventos realizados e nas respostas a três questões do questionário aplicado entre sujeitos inseridos nos hospitais da Rede InovarH-BA (questões 1, 2 3, do Grupo IV – Apêndice B). Na ARS, para visualização da estrutura da rede e análise das informações, foram usados os *softwares* Pajek e Ucinet.

Informa-se, aqui, que a ideia inicial de uso de ARS era realizar a modelagem da Rede InovarH-BA com informações do Sistema de Informação Gerencial (SIG) disponível no portal www.inovarh.ufba.br, por entender que o SIG, uma vez alimentado pelos hospitais, apontaria as relações destes com os demais integrantes da Rede. Entretanto, constatou-se que, das 37 organizações de serviços integrantes da Rede InovarH-BA, apenas 15 são cadastradas no SIG, e dessas, 07 alimentam o SIG. Tal fato representou uma limitação para a modelagem da Rede e, portanto, foram utilizadas outras informações para este fim.

O Quadro 11 sintetiza as fontes e os instrumentos de pesquisa em consonância com os métodos de análise das informações para as bases da tese (i.e. conceitual e empírica). Os métodos de análise das informações são discorridos na próxima seção.

Quadro 11 - Fontes e Instrumentos de pesquisa relacionados ao método de análise e às bases da tese

ITEM	FONTES E INSTRUMENTOS	MÉTODOS DE ANÁLISE	BASES
01	Periódicos científicos, livros e documentos (Portarias, Leis, Resoluções, Políticas Governamentais)	Princípios-guia do pensamento complexo	Conceitual
02	Roteiro das entrevistas semiestruturadas	Análise de Conteúdo	Empírica
03	Questionário	ARS e Estatística Descritiva	Empírica
04	Listas de presença dos eventos	ARS	Empírica
05	Softwares Pajek e Ucinet	ARS	Empírica
06	Sotware Sphinx Lexicus	Estatística Descritiva	Empírica

Fonte: elaboração do autor em 2012.

4.3 MÉTODOS DE ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

Conforme já pontuado na seção anterior, para a análise qualitativa da base conceitual, foram utilizados os princípios-guia do pensamento complexo. E para contemplar a base empírica, três métodos de análise são considerados: a análise de conteúdo (como técnicas de análise qualitativa), a estatística descritiva e a análise de redes sociais (ARS) (como técnicas de análise quantitativas).

O objetivo desta seção é discorrer sobre a análise de conteúdo, a estatística descritiva e a ARS, uma vez que a análise por meio dos princípios-guia foi apresentada nos Capítulos 2 e 3, seções 2.3 e 3.3 deste documento.

4.3.1 Análise Qualitativa ⇔ Análise de Conteúdo de Bardin (AC)

Para Bardin (1977, p. 31), a análise de conteúdo (AC) representa um conjunto de técnicas de análise das comunicações, cujos objetivos são: “a superação da incerteza” e o “enriquecimento da leitura”, objetivando a compreensão da mensagem. O campo de

aplicação é vasto e engloba qualquer comunicação, qualquer transporte de significado de um emissor para um receptor.

Essa autora considera esta análise como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 1977, p. 42).

Essa técnica permite o tratamento e a análise de informações, colhidas por meio de técnicas de prospecção de informações, aplicada a textos ou qualquer comunicação (oral, visual) reduzida a um texto ou documento. Ela objetiva a compreensão do sentido das comunicações, o discurso dos sujeitos sociais, seu conteúdo manifesto ou oculto, munindo-se da decodificação dos escritos por meio da decomposição do texto em unidade léxica ou categorial. Conforme Alves (2003, p. 63), na análise categorial ou temática, o pesquisador busca apreender o conteúdo da mensagem por meio de operações de desmembramento do texto em categorias a partir de reagrupamentos analíticos.

Segundo Bardin (1977, p. 42), o pesquisador configura operações analíticas, mais ou menos adaptadas à natureza do material e à questão a resolver, associando-as ao(s) objetivo(s) e ao aporte conceitual. Isto corrobora com uma das bases da AC - a heurística - enriquecendo a tentativa exploratória e propiciando a percepção de realidades relativas ao estudo.

4.3.2 Análise Quantitativa ↔ Estatística Descritiva e Análise de Redes Sociais (ARS)

Para Minayo e Sanches (1993), em uma pesquisa científica, a interdependência entre pensamento, linguagem e matemática possibilita minimizar a intersubjetividade do pesquisador na análise dos resultados da investigação. Nesse sentido, os usos da linguagem matemática para descrever representar ou interpretar a multidiversidade das expressões vivas e suas possíveis inter-relações são pertinentes. Essas propiciam mensurações dos fenômenos observados e inferências sobre eles.

Esses autores alertam que o desafio no uso de uma linguagem abstrata aplicada em uma pesquisa científica é a decisão sobre quais “espécies de arrazoados matemáticos são

relevantes para determinados problemas, que limitações estão impostas e como tais métodos podem ser ampliados e generalizados” (MINAYO; SANCHES, 1993, p. 241). Objetivando minimizar esse desafio, nesta pesquisa são tratadas as abstrações matemáticas por meio da estatística descritiva e da ARS.

A estatística descritiva utiliza métodos numéricos e gráficos para reunir informação sobre padrões de comportamento das variáveis (i.e. dependentes e independentes) relacionadas ao objeto investigado (VIEIRA, 1999). A estatística orienta a prospecção, a organização, a análise e a interpretação das variáveis implicadas na questão a ser desvendada pelo pesquisador.

Por meio da ARS, é viável a modelagem de uma rede social. As redes sociais assumem uma relevância para os estudos de padrões de relacionamentos entre atores, quais sejam: pessoas, organizações, nações, eventos, dentre outros (BARNES, 1971; BARABASI, 2009; NEWMAN, 2011; TOMAEL; MARTELETO, 2006; WATTS, 2009; VALENTE, 2010). Esses padrões são mapeados ou modelados com base no fluxo de informação desses atores.

A ARS é uma área de pesquisa que surgiu na década de 1930, derivada da sociometria e das ciências exatas. A ARS promove a difusão de análises de relacionamentos, possibilitando pesquisas nas áreas sociais, comerciais, acadêmicas e científicas (NEWMAN, 2011; TOMAEL; MARTELETO, 2006; VALENTE, 2010; WATTS, 2009).

A ARS dá ênfase às relações entre entidades e não aos atributos dessas. Entidades são compreendidas como atores sociais, que se relacionam por meio de trocas materiais (movimentação, proximidade) ou não materiais (informação, sinais elétricos).

Não obstante essas escolhas de análises por meio da abstração matemática, é relevante considerar que

[...] não se pode perder de vista que o uso da linguagem matemática leva a descrições e modelos idealizados, uma construção abstrata que, na prática, na melhor das situações, será observada apenas parcialmente. Quanto mais complexo for o fenômeno sob investigação, maior deverá ser o esforço para se chegar a uma quantificação adequada, em parte porque algumas atividades são inerentemente difíceis de serem mensuradas e quantificadas e, em parte, porque, até o presente momento, descrições matemáticas excessivamente complicadas são extremamente intratáveis, do ponto de vista de solução, para que tenham algum valor prático (MINAYO; SANCHES, 1993, p. 241).

4.4 *LOCUS*, INSTÂNCIAS e SUJEITOS DA PESQUISA

O *locus* para a realização da pesquisa de campo foi a Rede InovarH, incluindo também hospitais e instâncias que conformam o SLI e o SUS. Foram selecionadas instâncias que compõem a Rede InovarH e que constituem um SLI:

- a. hospitais com termo de Adesão à Rede InovarH-BA;
- b. Rede InovarH na Bahia (BA), no Distrito Federal (DF), no Rio Grande do Sul (RS) e em São Paulo (SP);
- c. respectivas instâncias que promovem ou que conformam um SLI (governo e organizações não governamentais) e o SUS (governo e organizações não governamentais).

Os sujeitos da pesquisa foram:

- a. gestores, profissionais, servidores e funcionários dos hospitais que assinaram o Termo de Adesão à Rede InovarH-BA;
- b. coordenadores da Rede InovarH na BA, no DF, no RS e em SP;
- c. gestores, profissionais ou funcionários de instância institucionais e organizacionais relacionadas a um SLI e ao SUS.

Justifica-se a escolha do *locus*, das instâncias e dos sujeitos por entender que este conjunto conforma a estrutura de um SLI e de uma Rede Social. O Quadro 12 apresenta o *locus*, as instâncias, e os sujeitos da pesquisa.

Quadro 12 - *Locus*, Instâncias e Sujeitos da Pesquisa

LOCUS	INSTÂNCIAS	SUJEITOS
Hospitais	Hospitais com Termo de Adesão à Rede InovarH-BA	Gestores, profissionais, servidores e funcionários
Rede InovarH	Rede InovarH BA, DF, RS e SP	Coordenadores da Rede
SLI	Governo/Organizações não governamentais	Gestores, profissionais e funcionários de: Agências de Fomento/ Academias/Associações
SUS	Governo/Organizações não governamentais	Gestores, profissionais e funcionários de: Ministério da Saúde / Secretárias de Saúde do Estado da Bahia e de Municípios Baianos/ Conselhos de Saúde

Fonte: elaboração do autor em 2012.

Salienta-se que os sujeitos da pesquisa foram agrupados no sentido de o problema da pesquisa ser compreendido em dois níveis: a) o nível estratégico, representado pelos coordenadores da Rede InovarH na BA, no DF, no RS e em SP, e pelos gestores, profissionais ou funcionários de instância institucionais e organizacionais relacionadas a um SLI e ao SUS; b) o nível operacional, representado por sujeitos que atuam nos setores assistencial e administrativo dos hospitais que firmaram o Termo de Adesão à Rede InovarH-BA.

Além disso, os hospitais integrantes da Rede InovarH-BA representam hospitais públicos, hospitais particulares e hospitais filantrópicos. Supõe-se que esses hospitais compartilham suas experiências conjuntamente com os demais representantes do Governo ou órgãos vinculados a eles (Ministério da Saúde, Secretárias de Saúde, Academia) e Organizações não-governamentais (Agências de Fomento, Associações, Conselhos de Saúde), e unem esforços para subsidiar pesquisas e desenvolvimentos de novos meios, a fim de aperfeiçoar ou criar processos de inovação gerencial hospitalar.

4.4.1 Amostra dos Sujeitos da Pesquisa

A primeira proposta deste trabalho foi utilizar uma única modalidade de levantamento de informações – a entrevista – para todos os sujeitos mencionados no Quadro 12. No entanto, a primeira etapa da pesquisa foi a realização das entrevistas com os coordenadores da Rede InovarH e com os gestores do SLI e do SUS. No decorrer desta etapa, verificou-se a dificuldade de levantamento de informações para contemplar alguns dos objetivos propostos nesta pesquisa, tais como: levantar as iniciativas e as experiências de processos de aprendizagem organizacional e de processos de inovação em gestão hospitalar entre os integrantes/sujeitos da Rede InovarH- BA; e analisar a estrutura da rede social formada pelos integrantes da Rede InovarH-BA.

No caso dos coordenadores da Rede InovarH e dos gestores do SLI e do SUS, não foi definida uma população e correspondente amostra de pesquisa em decorrência da dificuldade de delimitação da população. Assim, foi adotada uma amostragem induzida, com base nas representações do SUS e de um SLI.

Para o levantamento das informações relativas ao nível operacional da Rede InovarH-BA, optou-se por aplicar um questionário para os sujeitos que atuam nos hospitais da Rede. Neste caso, a população – os 37 hospitais componentes da Rede InovarH-BA – equivale à

amostra contatada, pois todos estes hospitais receberam os questionários por mim encaminhados. Assim, no total foram distribuídos 74 questionários, pois em cada hospital dois sujeitos, um da área assistencial e um da área administrativa, receberam o questionário. No entanto, apenas **31 hospitais e 61 sujeitos responderam** – e esta constitui, portanto, a amostra de pesquisa. Destes 61 sujeitos, 39 atuam em hospitais públicos, 14 em hospitais particulares e 08 em hospitais filantrópicos.

Salienta-se que, além de esses sujeitos oportunizarem as respostas das questões do questionário, eles são participantes ativos nos hospitais, pois suas atividades propiciam a geração, o armazenamento e o tratamento de dados e informações em saúde (assistencial, administrativa, epidemiológica, dentre outras). A importância deles abrange tanto o âmbito interno do hospital, quanto o externo, na geração de conhecimento em gestão hospitalar. Supõe-se que eles necessitam disseminar e usar as informações geradas e armazenadas para promover aprendizado e inovações gerenciais em suas ações e nas ações de outros sujeitos.

Por meio do questionário, buscou-se compreender a visão desses sujeitos integrantes da Rede InovarH-BA sobre o processo de aprendizagem organizacional, as inovações gerenciais e a morfologia em rede.

Para os demais sujeitos (i.e. coordenadores da Rede InovarH-BA e integrantes do SLI e do SUS), por meio de entrevistas, o foco foi compreender se a implementação de uma rede social propicia processos de inovação e aprendizagem em gestão hospitalar e o entendimento deles sobre a isomorfia de uma estrutura de uma rede desta natureza, com a estrutura de um SLI.

Das vinte e duas solicitações para a entrevista, quatro sujeitos não a acataram por questões de indisponibilidade de agenda. Na Tabela 1, é apresentado o planejamento do levantamento das informações, e a quantidade dos sujeitos participantes desta pesquisa.

Tabela 1 - Planejamento do levantamento das informações e relação com os sujeitos da pesquisa

INSTRUMENTO	SUJEITOS	Quantidade	Amostra
Questionário	Gestores, profissionais, servidores e funcionários	61	39 Público 14 Particular 08 Filantrópico
Entrevista	Coordenadores da Rede InovarH	05	02 BA 01 DF 01 RS 01 SP
Entrevista	Gestores, profissionais e funcionários: Agências de Fomento/ Academias/Associações	07	02 Agências de Fomento 02 Academias 01 Conselho 02 Associações
Entrevista	Gestores, profissionais e funcionários: Ministério da Saúde / Secretárias de Saúde do Estado da Bahia e de Municípios Baianos	06	01 Federal 04 Estado 01 Municipal
-----	Total	79	79

Fonte: elaboração do autor em 2012.

4.5 LEVANTAMENTO DAS INFORMAÇÕES

O levantamento das informações foi realizada pelo próprio pesquisador e seguiu os critérios da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), resolução 196/96 do Ministério de Saúde (disponível em <http://conselho.saude.gov.br>) (BRASIL, 2003).

O projeto referente a esta pesquisa teve seu deferimento homologado em 21/12/2010, por meio do ofício de número 126/2010, expedido pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) e da Escola Estadual de Saúde Pública (EESP) (ANEXO C).

O levantamento foi operacionalizado em duas fases distintas. Inicialmente, foram realizadas as entrevistas, a partir de março de 2010, apesar de os contatos com os sujeitos terem ocorrido em fevereiro de 2010. O prazo para o encerramento dessas entrevistas foi a última semana de setembro de 2010. Registra-se, aqui, a dificuldade de alguns dos sujeitos em acatar a solicitação da pesquisa.

O contato inicial com esses sujeitos se deu por meio do telefone e, depois, por e-mail para agendar as entrevistas. As marcações sempre se concretizavam por meio de uma Carta de Apresentação da Entrevista - Apêndice E, e nesta, era anexado o Termo de

Consentimento Livre e Pré-esclarecido – Apêndice F. Não houve uma ordenação cronológica predeterminada, mas sim, em razão do aceite dos entrevistados.

A segunda fase (i.e. a aplicação dos questionários aos respondentes dos hospitais da Rede InovarH-BA) ocorreu a partir de outubro de 2010 até maio de 2011. Salienta-se que foi aplicado um teste piloto, para validar o instrumento de levantamento das informações, com quatro sujeitos de três hospitais, sujeitos estes que não participaram como respondentes do questionário validado. Tal validação possibilitou alinhar algumas questões-chave para obter uma avaliação dos sujeitos que trabalham nas organizações integrantes da Rede InovarH-BA sobre processo de aprendizagem, inovação gerencial e configuração de redes sociais. Para tanto, conforme Oliveira-Castro, Pilati e Borges-Andrade (1999, p. 30), “procedimentos de validação semântica, conceitual e empírica” sobre os aspectos-fins do questionário são essenciais para pesquisas desta natureza antes de aplicá-lo definitivamente. As sugestões e observações dos validadores concentraram-se na proposta de troca de termos a fim de aperfeiçoar a clareza do questionário. Todas as sugestões foram acatadas.

O questionário foi elaborado em grupos de questões visando aferir como esses hospitais se estruturam em relação aos aspectos que nortearam a definição desses grupos de questões:

- a) Grupo 1 - processo de inovação gerencial;
- b) Grupo 2 - processo de aprendizagem organizacional;
- c) Grupo 3 - iniciativas de melhorias de procedimentos gerenciais assistenciais e administrativos;
- d) Grupo 4 - as relações dessas organizações com outras organizações hospitalares integrantes da InovarH-BA;
- e) Grupo 5 - informações demográficas dos respondentes.

A Tabela 2 mostra as instâncias e o total dos sujeitos que moldam o levantamento das informações:

Tabela 2 - Relação das Instâncias e dos Sujeitos (i.e. **B**_{1 a 5} sujeitos = Rede InovarH, **C**_{1 a 13} sujeitos = SUS e SLI, **H**_{1 a 37}= Hospitais) do Levantamento das Informações (i.e. **E**_{1 a 18} = Entrevistas, **Q**_{1 a 61}= Questionários)

Instâncias	Rede InovarH	SUS	SLI	Hospitais Públicos	Hospitais Filantrópicos	Hospitais Particulares
SUJEITOS	E ₁ B ₁ E ₂ B ₂ E ₄ B ₃ E ₁₃ B ₄ E ₁₅ B ₅	E ₅ C ₂ E ₁₁ C ₈ E ₁₂ C ₉ E ₁₆ C ₁₁ E ₁₇ C ₁₂ E ₁₈ C ₁₃	E ₃ C ₁ E ₆ C ₃ E ₇ C ₄ E ₈ C ₅ E ₉ C ₆ E ₁₀ C ₇ E ₁₄ C ₁₀	Q ₀₁ :H ₁	Q ₀₅ :H ₃ Q ₀₆ :H ₃ Q ₃₄ :H ₂₆ Q ₃₅ :H ₂₆ Q ₃₈ :H ₂₈ Q ₃₉ :H ₂₈ Q ₅₀ :H ₃₅ Q ₅₁ :H ₃₅	Q ₀₃ :H ₂ Q ₀₄ :H ₂ Q ₂₂ :H ₁₅ Q ₂₃ :H ₁₅ Q ₂₄ :H ₁₆ Q ₂₅ :H ₁₆ Q ₃₂ :H ₂₅ Q ₃₃ :H ₂₅ Q ₄₄ :H ₃₁ Q ₄₅ :H ₃₁ Q ₅₂ :H ₃₆ Q ₅₃ :H ₃₆ Q ₅₄ :H ₃₇ Q ₅₅ :H ₃₇
				Q ₀₂ :H ₁		
				Q ₀₇ :H ₅		
				Q ₀₈ :H ₅		
				Q ₁₀ :H ₆		
				Q ₁₁ :H ₆		
				Q ₁₂ :H ₇		
				Q ₁₃ :H ₇		
				Q ₁₄ :H ₈		
				Q ₀₉ :H ₈		
				Q ₁₅ :H ₉		
				Q ₁₆ :H ₉		
				Q ₁₇ :H ₁₀		
				Q ₁₈ :H ₁₀		
				Q ₁₉ :H ₁₁		
				Q ₂₀ :H ₁₁		
				Q ₅₈ :H ₁₂		
				Q ₆₁ :H ₁₂		
				Q ₂₁ :H ₁₃		
				Q ₅₆ :H ₁₇		
				Q ₅₇ :H ₁₇		
				Q ₂₆ :H ₁₈		
				Q ₂₇ :H ₁₈		
				Q ₂₈ :H ₂₁		
				Q ₂₉ :H ₂₁		
Q ₃₀ :H ₂₃						
Q ₃₁ :H ₂₃						
Q ₃₆ :H ₂₇						
Q ₃₇ :H ₂₇						
Q ₄₀ :H ₂₉						
Q ₄₁ :H ₂₉						
Q ₄₂ :H ₃₀						
Q ₄₃ :H ₃₀						
Q ₅₉ :H ₃₂						
Q ₆₀ :H ₃₂						
Q ₄₆ :H ₃₃						
Q ₄₇ :H ₃₃						
Q ₄₈ :H ₃₄						
Q ₄₉ :H ₃₄						
Total	5	06	07	39	08	14

Fonte: elaboração do autor, a partir das entrevistas e dos questionários em 2012.

4.6 ORGANIZAÇÃO, ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DAS INFORMAÇÕES DAS ENTREVISTAS E DOS QUESTIONÁRIOS

Nesta seção são relatados os procedimentos e técnicas relacionadas a organização, a análise e a interpretação das informações levantadas na pesquisa de campo. Com base nos instrumentos de levantamento de informações, são apresentadas duas subseções: 1) entrevistas e 2) questionários.

4.6.1 Entrevistas

Na perspectiva qualitativa, foi considerada a presença ou ausência de uma dada característica de conteúdo ou de um conjunto de características em um determinado fragmento de mensagem. A seleção das características a serem analisadas foi realizada tomando em consideração a temática da tese (i.e. redes, governança, SLI, aprendizagem organizacional, inovação gerencial). Para efetivar a análise de conteúdo, priorizou-se a identificação dos temas tratados nas falas dos entrevistados para definir as “unidades de conteúdo”, propiciando a descoberta de “núcleos de sentido”. Para Bardin (1977, p. 95), a AC consta de três etapas distintas:

a) Pré-análise – fase de organização dos documentos e das ideias, objetivando operacionalizar e sistematizar um esquema de análise. Nesta etapa, pode dar-se liberdade à intuição. Nesse momento, a autora indica a leitura flutuante do material como condição para que o pesquisador conheça o conteúdo dos documentos, com a finalidade de aprofundar o entendimento das mensagens. Nesta pesquisa, essa etapa ocorreu no momento das entrevistas, seguida das leituras e releituras das entrevistas transcritas, para a análise, inferência e interpretação, sempre tendo como eixos orientadores o objetivo a ser alcançado e os aportes conceituais. Nesse momento, conformou-se um olhar crítico e analítico, um momento de reflexão.

Nesta pesquisa, as entrevistas foram transcritas imediatamente após sua realização. O conjunto das entrevistas gravadas e transcritas constituiu o universo de documentos sobre o qual foi realizada propriamente a análise, constituindo, portanto, o *corpus* que, para Bardin (1977, p. 96), “é o conjunto dos documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos”. Cada documento transcrito e revisado recebeu um número

sequencial, enumerando e formatando o *corpus* de documentos: E_1B_1 ou E_1C_1 (**E** relacionado à entrevista de número um, e **B** relacionado ao coordenador da Rede InovarH de número um ou **C** relacionado ao sujeito de instâncias do SLI ou do SUS de número um) até a $E_{15}B_5$ ou $E_{18}C_{13}$ (entrevista de número quinze, coordenador da Rede InovarH de número cinco ou entrevista de número dezoito, sujeito de instâncias do SLI ou do SUS de número treze).

A montagem do *corpus* de documentos para os procedimentos analíticos seguiu as regras aconselhadas por Bardin (1977, p. 97):

1. Exaustividade – analisar todos os elementos relacionados ao assunto;
2. Representatividade – as amostras terem representatividade no *locus* pesquisado;
3. Homogeneidade – tratar os documentos analisados ao mesmo tema;
4. Pertinência – os documentos serem adequados aos objetivos da pesquisa.

b) Exploração do material – representa a segunda fase da AC, na qual essencialmente são realizadas operações de codificação, enumeração e classificação associadas a regras previamente definidas. Bardin (1977) sinaliza que o tratamento do material nada mais é que a transformação das informações brutas do texto por recorte, agregação e enumeração. Assim, esta etapa viabiliza a representação do conteúdo ou da sua expressão para a análise propriamente dita.

Para a autora (BARDIN, 1977), a organização da codificação compreende três escolhas:

- 1) o recorte (escolha das unidades);
- 2) a enumeração (escolha das regras de contagem);
- 3) e a classificação e a agregação (escolha de categorias).

O recorte do material possibilita a definição de unidades de registro e de contexto. As unidades de registro, chamadas também de unidades de significação, correspondem ao segmento de conteúdo a considerar como unidades de base, vislumbrando a categorização e a contagem frequencial. Essas unidades podem ser associadas às palavras, ao tema, ao objeto, ao personagem, ao acontecimento e ao documento. Já as unidades de contexto ou de conteúdo representam o segmento da mensagem cujas dimensões permitem

compreender o significado da unidade de registro. A título de exemplo do uso da AC, apresenta-se um trecho de uma das entrevistas:

- Quais são as limitações para implantar e consolidar uma Rede desta natureza?
- É, é acho que aquela questão do capital social né... Como em qualquer rede, capital social é uma coisa muito importante [...].

Neste trecho, a unidade de contexto é a frase “acho que aquela questão do capital social né... Como em qualquer rede, capital social é uma coisa muito importante”. Nesta unidade de contexto foi identificada uma unidade de registro – “capital social” – com contagem de frequência igual a dois, pois esta unidade de registro foi citada duas vezes.

A partir da definição das unidades de contexto, das unidades de registro e o modo de contagem destas unidades, o pesquisador poderá classificá-las e agregá-las em categorias. A categorização não é obrigatória na AC (BARDIN, 1977), entretanto, consiste na reunião de unidades de registro em grupos, sob um título genérico organizado em razão de características comuns. Os critérios de categorização fundamentam-se nos aspectos semântico, sintático, léxico e expressivo, e apresentam características que possibilitam um processo de exclusão mútua, pertinência, objetividade, fidelidade e produtividade.

Uma vez findado o processo da pesquisa de campo e antes de iniciar a seleção das unidades de registro, realizei uma releitura do material e escutei as vozes dos sujeitos gravadas, em consonância com a leitura das transcrições das entrevistas realizadas. A partir daí, o *corpus* de documentos foi decomposto em unidades de registro inseridas em unidades de contexto.

c) **Tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação** – estas etapas correspondem à terceira e última fase da AC. Nesse momento, os resultados brutos são tratados de maneira a elucidar sua significância.

Nesta pesquisa, essa fase foi concretizada com a ajuda de planilhas, nos quais foram registradas as unidades de registro extraídas das entrevistas classificadas e, a partir daí, estas unidades de registro foram agrupadas em áreas temáticas relacionadas às unidades de contexto, originando os núcleos de sentido relacionados às categorias. Unidades de contexto são os segmentos de mensagens cujas dimensões permitem ao pesquisador compreender o significado da unidade de registro, ou seja, o que o pesquisador consegue extrair das falas dos sujeitos.

4.6.1.1 Categorias e Obtenção dos Núcleos de Significado

As categorias são rubricas ou classes de um conjunto de unidades de registro, sob um título genérico, em razão de características comuns. No caso desta pesquisa, o critério inicial de categorização adotado foi o morfológico (i.e. análise da constituição das palavras), e o semântico, com base nas categorias temáticas associadas aos objetivos da tese. Na perspectiva de Bardin (1977), a categorização é um processo estruturalista e comporta duas etapas:

1. Inventário: isolar as unidades de registro e de contexto;
2. Classificação por analogias: repartir essas unidades inventariadas, objetivando certa organização das mensagens a fim de possibilitar uma análise e discussão.

Nesta pesquisa, essa etapa teve início após a transcrição das entrevistas para documentos em forma digital. Trata-se de um momento de reflexão, no qual se busca o que há de comum nos discursos dos sujeitos sociais, buscando-se uma proposta de agrupamento. Por conseguinte, executou-se o inventário e a classificação por analogias. Originaram-se, assim, de certo modo naturalmente, os núcleos de significado/sentido. Delinearam-se, então, três grupos de categorias, a partir do surgimento dos respectivos núcleos de significado/sentido, com vistas a alcançar o propósito da presente pesquisa. Tais núcleos foram organizados conforme demonstrado no Quadro 13.

Salienta-se que, para a definição das categorias mostradas no Quadro 14, foi determinante o estabelecimento de um paralelo entre o conteúdo das entrevistas e a base conceitual sobre a qual a pesquisa se fundamenta. Pode-se depreender que, devido ao foco das perguntas constantes no roteiro de entrevistas, alguns dos temas estudados para a construção do roteiro sobressaiam como categorias da AC.

Os autores que pesquisam sobre inovações defendem que toda inovação parte de um processo de aprendizagem. Logo, considerando o objetivo do estudo, que envolve inovação, e considerando os temas recorrentes nas respostas da entrevista, foram escolhidos Aprendizagem Organizacional (AO) e Inovação Gerencial (IG) como categorias de análise. As referências à Rede InovarH durante as entrevistas, e a própria natureza desta Rede também conduziram a escolha de Redes Sociais (RdS) como mais uma categoria de análise.

Quadro 13 - Categorias e Núcleos de Sentido/Significado

CATEGORIAS	NÚCLEOS DE SENTIDO/ SIGNIFICADO
Redes Sociais (RdS)	1) Modelo de Gestão e Governança 2) Configuração em rede 3) Sistema Local de Inovação
Aprendizagem Organizacional (AO)	4) Modelos Mentais → Aprendizagem em Equipe 5) Domínio Pessoal e Visão Compartilhada 6) Pensamento Sistêmico
Inovação Gerencial (IG)	7) Inovação em estruturas organizacionais 8) Técnicas de gerenciamento avançadas 9) Novas orientações estratégicas

Fonte: elaboração do autor em 2011.

A definição dos núcleos de sentido também decorreu do estudo comparativo entre as informações levantadas das entrevistas e os conteúdos dos marcos conceituais, em algumas categorias prevalecendo mais a frequência de abordagem dos conteúdos pelos entrevistados e, em outras, prevalecendo mais a interseção entre estes conteúdos e os aportes conceituais. Os núcleos de sentido da categoria Redes Sociais emergiram a partir dos conteúdos abordados pelos entrevistados, compatibilizando-os com os temas relacionados a esta categoria e identificados a partir de aportes conceituais. Os núcleos de sentido da categoria Aprendizagem Organizacional decorreram da abordagem de Peter Senge (2010) para o tema, já que se alinhava ao discurso dos entrevistados. Os núcleos de sentido da categoria Inovação Gerencial decorreram da abordagem do Manual de Oslo, elaborado pela Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE/FINEP, 2004, 2005) para inovação organizacional e que se mostraram coerentes em relação às unidades selecionadas a partir das entrevistas.

4.6.1.2 Análise de Frequências

Com base nas categorias definidas, fez-se uma releitura das entrevistas com o fim de identificar termos, palavras e expressões relevantes a cada núcleo de significado das categorias (Quadro 14). Em seguida, tendo-se destacado as unidades de registro e considerando-se suas respectivas unidades de contexto, fez-se uma ordenação alfabética destas para cada Núcleo de Significado das Categorias em nove listas.

Uma vez tendo as listas disponíveis para análise, elaborou-se um agrupamento das unidades de registro para que a contagem da frequência pudesse ser realizada. Vale ressaltar que

[...] a análise qualitativa não rejeita toda e qualquer forma de quantificação.

[...] a característica da análise de conteúdo é a inferência (variáveis inferidas a partir de variáveis de inferência ao nível da mensagem), quer as modalidades de inferência se baseiem ou não em indicadores quantitativos (BARDIN, 2011, p. 146).

Inicialmente, foi desenvolvida uma análise morfológica, na qual se buscou agrupar as unidades de registro pelos seus radicais, respeitando-se os significados de seus prefixos e sufixos e suas unidades de contexto. Assim, palavras como “aglutinar”, “aglutinação” e “aglutinados” foram agrupadas no termo genérico “aglutinação”, cuja frequência foi contada 3 (três). Ressalta-se que, conforme as unidades de contexto, prefixos relevantes como os de negação foram respeitados, de forma que a palavra “desaglutinar” foi considerada uma unidade de registro à parte, já que tem um significado diametralmente oposto aos primeiros. Fizeram-se, também, distinções entre unidades de registro simples e complexas (e.g. “atividade” diferenciando-se de “atividade colaborativa”).

Após esta análise com caráter morfológico, procedeu-se a uma análise mais cuidadosa das unidades de registro e de seus respectivos contextos. Buscou-se ao máximo avaliar o emprego de cada termo por seu respectivo interlocutor, agrupando-o juntamente com outros termos de significado semelhante. Assim, por exemplo, termos como “missão”, “objetivo” e “metas” foram postos em um único núcleo de sentido. Ao final de todo esse processo, as unidades de registro foram associadas aos respectivos núcleos de sentido/significado.

Após estas etapas, realizou-se um processo de revisão, e foram agrupadas as frequências das unidades de registro que os compunham. Os resultados encontram-se na Tabela 2, no próximo capítulo.

A partir da aplicação deste método, pode-se analisar qual a visão dos sujeitos entrevistados quanto à possibilidade de redes, como a Rede InovarH-BA, fomentar a aprendizagem organizacional e a inovação gerencial em organizações hospitalares, bem como identificar a compreensão dos entrevistados sobre a morfologia da Rede InovarH-BA isomorfa à de um SLI.

4.6.2 Questionários

O questionário utilizado como instrumento de levantamento de informações foi estruturado segundo orientações de Günther (2003). Considerou-se a definição dada para questionário:

um conjunto de perguntas sobre um determinado tópico que não testa a habilidade do respondente, mas mede sua opinião, seus interesses, aspectos de personalidade e informação biográfica (YAREMKO; HARARI; LYNN, 1986 apud GÜNTHER, 2003, p. 1).

O questionário foi concebido a partir de categorias de análise relacionadas às bases conceituais. Nas questões do grupo 1, foi utilizada a escala de Likert; nas questões dos demais grupos, foi utilizada a opção de múltiplas escolhas (GÜNTHER, 2003). Todas as questões foram fechadas, divididas em cinco grupos:

- a) Grupo 1 - Questões com enfoque em processo de inovação gerencial, aprendizagem organizacional e interação;
- b) Grupo 2 - Questões com enfoque em ferramentas e fontes de informação para inovação gerencial e aprendizagem organizacional;
- c) Grupo 3 - Questões sobre a existência de melhorias de procedimentos gerenciais assistenciais e administrativos;
- d) Grupo 4 - Questões sobre as relações do hospital com outras organizações hospitalares integrantes da InovarH-BA;
- e) Grupo 5 - Informações sobre os respondentes (dados demográficos).

As questões foram formuladas visando contemplar os seguintes aspectos da pesquisa: levantar informações de iniciativas e experiências de processos de aprendizagem organizacional e apontar iniciativas e experiências de processos de inovação em gestão hospitalar entre os integrantes/sujeitos da Rede InovarH- BA; e analisar a estrutura da rede social formada pelos integrantes da Rede InovarH-BA.

Os questionários foram ordenados e associado ao número correspondente da organização hospitalar (i.e. Q₀₀₁ a Q₀₆₁ associado ao H₀₁ até H₃₇). As respostas aos questionários foram tabuladas por meio do software *Sphinx Lexicus*. O processo de tabulação iniciou-se em dezembro de 2010 e terminou em maio de 2011.

4.6.2.1 Estatística Descritiva

Esta análise foi utilizada para tratar as informações dos seguintes grupos de questões:

- a) Grupo 1: foram elaboradas 22 assertivas relacionadas a processos e procedimentos de inovação, aprendizagem e interação (redes), e foi pedido que os respondentes indicassem o grau de concordância em cada uma das assertivas. Se todos respondessem que concordavam totalmente com todas as assertivas, poder-se-ia inferir que todas as organizações hospitalares adotam os melhores processos e procedimentos de inovação, aprendizagem e interação (redes);
- b) Grupo 2: considerando que aprendizagem e inovação demandam a utilização de ferramentas tecnológicas que favorecem o levantamento, a sistematização e o acesso a informações, foram indagadas quais as ferramentas de aprendizagem e compartilhamento de informações usadas na organização hospitalar na qual os respondentes se inseriam, com a possibilidade de múltipla escolha. Assim, foram elaboradas 06 questões dando a opção para os respondentes assinalassem ou não as opções procedentes à sua organização hospitalar;
- c) Grupo 3: foram elaboradas quatro questões, dentre as quais duas dessas são dependentes de respostas afirmativas. A primeira questão voltou-se para a investigação sobre processos de inovação gerencial, privilegiando-se a busca de inovações incrementais mais comuns em organizações hospitalares, no âmbito dos serviços administrativos e assistenciais. Já a terceira questão foi formulada a fim de investigar em que proporção os respondentes conhecem o SIG, criado e implantado pela Rede InovarH-BA, considerado como uma inovação gerencial;
- d) Grupo 5: foram elaboradas 09 questões relacionadas a informações demográficas dos respondentes.

As respostas tabuladas e analisadas em termos de percentuais foram utilizadas para elaboração de gráficos.

As informações prospectadas a partir das questões do grupo 4 foram aplicadas para ARS. Ressalta-se que estas informações solicitaram dos respondentes a indicação de outras organizações hospitalares com as quais interagem em termos de aprendizagem organizacional e inovação gerencial.

4.6.2.2 Análise de Redes Sociais (ARS)

As diferentes aplicações da metodologia de ARS analisam atores sociais, tais como pessoas e organizações, dentre outros. Essas análises podem tratar das relações desses atores articuladas por meio de fatores como, por exemplo, “fluxos de informações” (MATHEUS; SILVA, 2009, p. 240). Apesar da crescente complexidade do tema, as teorias de ARS podem ajudar a representar casos reais e práticos de vários tipos de redes. Nesta pesquisa, especificamente, trabalhamos com redes de relações entre atores inseridos no contexto da gestão hospitalar (MATHEUS; SILVA, 2009).

Nesta tese, a ARS tem como objetivos: modelar a estrutura da Rede InovarH-BA; identificar organizações para compor a governança da InovarH-BA; levantar as propriedades dos atores que frequentam os eventos promovidos pela Rede; e identificar o grau de interação das organizações hospitalares da InovarH-BA e de sua capilaridade.

A utilização desta metodologia de ARS tende a caracterizar o núcleo que dá sustentação ao uso do termo (i.e. redes sociais), ao propor procedimentos para estudos dessa natureza, os quais podem ser associados ou não a outras metodologias.

Nesta análise, são utilizadas diversas expressões e medidas aplicáveis à ARS. Abaixo são listados termos e métricas mais utilizados em análise de redes (FREEMAN, 1979; GRANOVETTER, 2005; GROSS; YELLEN, 1999; LARA; LIMA, 2009; NEWMAN, 2011; WATTS; STROGATZ, 1998):

- a) **Vértice** - unidade fundamental de uma rede. Segundo Gross e Yellen (1999, p. 2), um vértice é um elemento de um conjunto V , sendo este elemento finito e não vazio. Por vértice, nó ou ponto entende-se um

[...] ator de uma rede social. Um nó pode ser constituído por um membro de um grupo, seja um pesquisador, um indivíduo que tem relações de amizade ou colaboração, um relacionamento de negócio entre companhias etc. (LARA; LIMA, 2009, p. 625);

- b) **Conexão ou aresta** - uma linha que conecta dois vértices; pode ser conexão dirigida ou não-dirigida: uma conexão é dita dirigida quando se dá em apenas uma direção; quando a conexão se dá em ambas as direções, ela é dita não-dirigida. O conjunto de aresta é representado por **E** e estabelece uma relação binária sobre os vértices de **V** (GROSS; YELLEN, 1999, p. 2). Logo, as arestas são compreendidas como sinônimos de ligações ou de vínculos, e significam

[...] ligações entre atores que constituem canais para transferência ou fluxo de recursos materiais e não materiais. Exemplos: [...] na associação ou afiliação dos atores a um evento, [...] (LARA; LIMA, 2009, p. 624);

- c) **Grau**³⁹ - número de conexões que partem ou chegam a um vértice (quando o grafo de uma rede é dirigido, existe um grau de entrada, *in-degree* e um grau de saída, *out-degree*). O grau corresponde ao

[...] número de linhas incidentes em um nó ou o número de nós adjacentes a ele. O grau denota a maior ou menor ligação entre os atores de uma rede. O grau de um nó pode variar de 0, caso no qual o nó é isolado, até grau 1, caso no qual o nó está em contato com todos os demais nós do grafo (LARA; LIMA, 2009, p. 622).

- d) **Componente** - um componente é o conjunto de vértices que podem atingir e ser atingido por outro componente;
- e) **Diâmetro** - é o maior caminho geodésico entre dois vértices de uma rede;
- f) **Densidade**⁴⁰ - é a razão entre o número de arestas/relacionamentos existentes em uma rede e o número de arestas/relacionamentos possíveis. A densidade nos permite comparar a quantidade de conexões existentes em uma rede, com a quantidade de conexões possíveis de ser realizadas nesta mesma rede. Em uma rede totalmente conectada, a densidade é igual a 1. Enquanto em uma rede totalmente desconectada, a densidade será igual a zero;
- g) **Distribuição de graus** - é um histograma dos graus dos vértices da rede. Esta medida indica a quantidade de vértices que apresentam um dado grau na rede (NEWMAN, 2011);

³⁹ Pode-se utilizar o grau como uma medida da interação de um determinado vértice (ou elemento que compõe a rede) com os demais vértices.

⁴⁰ Pode-se utilizar densidade como uma medida da capilaridade de uma rede.

h) **Caminho mínimo médio ou caminho geodésico (distância)** - é o menor caminho entre um vértice e outro de uma rede e indica a menor distância média a se percorrer para se atingir qualquer vértice da rede (NEWMAN, 2011);

i) **Coefficientes de aglomeração** - fornece a probabilidade de um vértice A, conectado a um vértice B, estar também conectado a um vértice C vizinho de B (WATTS; STROGATZ, 1998). Matematicamente, temos dois coeficientes de aglomeração: o

coeficiente de aglomeração local (C_v) é dado por,
$$C_v = \frac{2E_v}{k_v(k_v - 1)}$$
, onde E fornece o número total de arestas do subgrafo. O segundo coeficiente é o **coeficiente de aglomeração médio (C)**, que expressa a média de C_v , sendo expresso por:

$$C = \frac{1}{n} \sum_{v=1}^n C_v ;$$

j) **Centralidade** - As medidas de centralidade indicam a importância de um vértice, ou ator, em relação aos demais atores da rede. Conforme Freeman (1979), três medidas de centralidade são mais utilizadas em análise de redes sociais, a saber:

- **Centralidade de grau** - corresponde ao grau de um vértice e destaca sua importância baseado na quantidade de vértices com os quais este mantém conexão.
- **Centralidade de proximidade** - determina a importância de um ator, baseado-se no quão próximo este ator encontra-se dos demais atores da rede.
- **Centralidade de intermediação** - indica a importância de um ator, baseado no seu papel de intermediário nas comunicações entre outros atores. Assim, quanto mais um ator participa das geodésicas entre atores da rede, maior a sua importância como intermediário nestas ligações.

k) **Rede por Afiliação ou de Modo-Duplo** são redes sociais formadas por dois conjuntos distintos de atores e cada um desses com atributos particulares. Lara e Lima (2009, p. 628) conceituam esse tipo de configuração como uma

[...] rede de modo-duplo na qual existe um conjunto de eventos ou atividades. Os atores relacionam-se com eventos, como por exemplo, no caso das pessoas que participam de uma festa ou de pessoas que são afiliadas a um clube, no caso de redes de cidadãos que se relacionam com órgãos governamentais, ou redes de alunos que se relacionam com seus professores.

- l) **Rede de Modo Único** são redes cujos vértices representam entidades (e.g. atores) que possuem as mesmas características.

Assim, a modelagem da Rede InovarH-BA se concretiza por meio da visualização e mensuração de alguns desses termos e dessas métricas, obtidos a partir da teoria dos grafos. As redes sociais são representadas na forma de grafos, matrizes e/ou diagramas gerais, modelando relações entre um grupo de atores. O grafo é uma representação apoiada em modelos matemáticos, e que possibilita a visualização de um conjunto de vértices e um (ou mais) conjunto de linhas entre pares de vértices (LARA; LIMA, 2009). Esse conjunto de vértices pode representar atores sociais que se relacionam por meio de trocas materiais (movimentação, proximidade) ou não materiais (informação, sinais elétricos).

A visão de uma rede, na perspectiva da ARS, possibilita perceber uma malha dinâmica de diferentes situações e ambiente, seja social ou biológico, superposta à atuação dos componentes (i.e. agentes ou eventos) e resultante das contribuições de cada um desses. Desta forma, é possível fazer análises considerando o componente, não apenas como único, mas também como um grupo e, também, considerar a rede, quando seu tamanho tende ao infinito, como detentora de certas características comuns às redes sociais.

Para a compreensão da análise de redes é necessário o entendimento de algumas propriedades que permitem interpretar suas características e seu comportamento. As topologias clássicas ou mais comuns (i.e. Redes Aleatórias, *Small World*, Livre de Escala, originalmente apresentadas por Erdős e Renyí, 1960; Watts e Strogatz, 1998 e Barabási e Albert, 1999, respectivamente) e os diversos indicadores e configurações obtidos a partir da análise das relações entre vértices e arestas permitem ao pesquisador inferir comportamentos específicos da rede que é objeto de estudo, fato que não poderia ser observado na análise, independente de cada componente da mesma.

A ARS é utilizada em vários campos organizacionais e do conhecimento, tais como o estudo de redes de terroristas, sistemas políticos e econômicos, inter-relações entre bancos e empresas, influência social, sistemas educacionais e esportivos (CASTELLS, 1999; MATHEUS; SILVA, 2009).

A identificação de padrões, nem sempre evidentes por meio de indicadores de redes, pode caracterizar condutas e desempenhos dos atores, propiciando o entendimento do fenômeno e possibilitando inferências preditivas. Por exemplo, o cálculo do coeficiente de

aglomeração torna possível verificar a probabilidade de, a partir das relações existentes, novas relações se estabelecerem. Em uma análise de uma rede de colaboração entre gestores de hospitais, isso indicaria que maior seria a capacidade de gestores que não se conhecem poderem estabelecer novas parcerias com gestores com os quais nunca haviam atuado, desde que esses já fossem parceiros de gestores conhecidos. Para a difusão de inovações gerenciais que tenham a colaboração entre diferentes organizações hospitalares ou instâncias de atuação, a ARS torna-se, assim, um instrumento que pode revelar possibilidades e dificuldades a serem enfrentadas.

A título de sintetizar a ARS nesta pesquisa, esta análise baseou-se em dois grupos de informações: a) nas informações de participação nos eventos presenciais da Rede InovarH-BA, abertos à comunidade e organizações envolvidas com a temática sobre gestão hospitalar (i.e. redes de modo duplo); b) nas informações levantadas a partir das questões do grupo IV do questionário aplicado às organizações que assinaram o Termo de Adesão à Rede InovarH-BA (i.e. redes de modo único). Essas questões visaram modelar a estrutura das relações das organizações hospitalares e o comportamento dos atores em relação a:

- a) desenvolver procedimentos inovadores de gestão hospitalar;
- b) esclarecer dúvidas de processos gerenciais;
- c) compartilhar processos gerenciais inovadores de sucessos.

Para inferir reflexões sobre os tipos de interações na análise das redes de modo único, foram escolhidas algumas das medidas e índices existentes na ARS, apresentadas nesta seção: vértice; aresta; componente; coeficiente de aglomeração (C); caminho mínimo médio ou caminho geodésico (distância) (L); grau; e densidade (Δ).

Para finalizar este capítulo, em razão da natureza do problema investigado nesta pesquisa, o estudo e a aplicação da ARS, associada às demais técnicas de análise, fornecem elementos para uma reflexão sobre interação e capilaridade da rede, uma vez que esses fenômenos são imperiosos para propiciar a aprendizagem organizacional e a inovação gerencial.

Nesta perspectiva, a identificação de configurações padronizadas ou de estruturas singulares, no resultado da ARS, permite ao observador efetuar ilações, projeções e, até mesmo, um prognóstico de como determinado fenômeno ocorre, do ponto de vista e sob a perspectiva de suas interações e capilaridade. Nesse sentido, no próximo capítulo são apresentados e discutidos os resultados da pesquisa de campo.

5 O *COMPLEXUS* DA PESQUISA EMPÍRICA

A pesquisa empírica, caracterizada como pesquisa de levantamento de informações, se concretiza com a finalidade de analisar as relações entre a participação das organizações na Rede InovarH-BA e a promoção da aprendizagem organizacional e da inovação gerencial. Considera-se que as redes sociais potencializam o intercâmbio de dados e informações, exigindo dos sujeitos a adoção de um novo *habitus* (i.e. interação), que favorece os processos de aprendizagem organizacional e o surgimento de inovações gerenciais e propicia a ampliação da capilaridade da rede.

A pretensão deste levantamento não é constatar o porquê da ocorrência destas relações – já que não se trata de uma pesquisa explicativa –, mas analisar se a participação dos hospitais em uma rede com a morfologia da Rede InovarH-BA, que se assemelha à de um SLI, contribui para a aprendizagem organizacional e a inovação gerencial nas organizações hospitalares pesquisadas. Este levantamento se efetiva com a realização de 18 entrevistas e a aplicação de 61 questionários.

Nesse sentido, o objetivo deste capítulo é apresentar e discutir as informações prospectadas nas entrevistas e nos questionários estabelecendo uma relação dialética, dialógica e homológica entre os aportes conceituais discorridos nos capítulos 2 e 3. Para tanto, o capítulo é dividido nas seguintes seções: 1) Análise e discussão das entrevistas; 2) Análise e discussão dos questionários; 3) O *complexus* dos resultados (i.e. interpretação das informações reveladas na pesquisa de levantamento associando-as aos aportes conceituais).

Antes de iniciar a apresentação dos resultados, conforme relatado no capítulo 4, cabe lembrar que os entrevistados e os respondentes são sujeitos implicados no desenvolvimento de ações que promovem ou operacionalizam sistemas como o do SUS e de um SLI. Por meio desta pesquisa empírica, foi possível levantar informações de profissionais que atuam no âmbito macro do sistema (i.e. gestores do SUS ou de instâncias do SLI), que dizem respeito, sobretudo, às informações das entrevistas, e de profissionais que atuam no âmbito micro deste sistema (i.e. os que atuam nos hospitais com adesão à Rede InovarH-BA), que dizem respeito, sobretudo, às informações prospectadas por meio dos questionários. As análises e as discussões realizadas visam responder à questão norteadora desta pesquisa:

- Qual a relação entre a participação em uma rede social – tal como a Rede InovarH – e os processos de aprendizagem organizacional e da inovação gerencial nos hospitais baianos?

Para contemplar a base empírica, nas duas próximas seções deste documento, serão apresentadas e discutidas as informações levantadas por meio das entrevistas e dos questionários.

5.1 ANÁLISE E DISCUSSÃO DAS ENTREVISTAS

Nesta seção, são apresentadas e discutidas as informações que foram sistematizadas com base na técnica de análise de conteúdo (AC). A AC foi utilizada no sentido de compreender a visão dos entrevistados quanto à possibilidade de redes como a Rede InovarH-BA fomentar a aprendizagem organizacional e a inovação gerencial em organizações hospitalares. Para tanto, foram entrevistados 18 sujeitos que possuem as características descritas a seguir.

5.1.1 Perfil dos entrevistados

Dentre os entrevistados, 10 (55,55%) são homens e 08 (44,45%) são mulheres. Em relação à idade, todos estão acima dos 45 anos. Quanto à área de formação, os resultados revelam que 09 são médicos, 04 enfermeiros, 01 nutricionista, 01 farmacêutico, 01 administrador, 01 engenheiro e 01 físico. Tais informações revelam que 15 (83,34%) possuem formação no campo da assistência à saúde.

Quanto à titulação, as informações mostram que 11 (61,12%) entrevistados possuem título de doutor, 05 (27,77%) de mestre e 02 (11,11%) de especialista. Quanto à ocupação, independentemente da formação desses sujeitos, todos possuem cargos relacionados à gestão (i.e. superintendentes, diretores, representantes de conselhos, secretários de saúde, consultores de associações, coordenadores de projetos). Dos 18 entrevistados, 06 (33,34%) são gestores do SUS.

Além destes 06 gestores do SUS, dentre os demais entrevistados, 05 (27,77%) eram gestores da Rede InovarH no Brasil, quando da sua implementação no ano de 2006, e os outros 07 (38,89%) eram gestores de organizações que representam um SLI (i.e. agências de

fomento, academia, conselhos representativos da sociedade e associações da indústria ou de organizações produtivas). Vale ressaltar que, dentre os 18 entrevistados, 11 (61,12%) atuam como professores em universidades.

Observa-se que, entre os 18 entrevistados, há equilíbrio de gênero, são pessoas maduras, com formações diversificadas, embora a grande maioria em áreas relacionadas à assistência à saúde e com titulação em nível de pós-graduação. Assim, infere-se que esses sujeitos, uma vez caracterizados como gestores que contribuem para a promoção da aprendizagem organizacional e a geração de inovação gerencial, são responsáveis por gerar ou difundir conhecimentos para o desenvolvimento de um dado território. O perfil de qualquer um destes 18 gestores qualifica-os para compor a governança da Rede InovarH-BA. Assim, esses sujeitos, ao expressar o seu ponto de vista, trazem informações que permitem uma análise qualitativa dos conteúdos sobre redes sociais, aprendizagem organizacional e inovação gerencial na perspectiva de componentes de um SLI.

Por não se considerar necessário, e dada as suas extensões, as transcrições das entrevistas não foram anexadas a este documento e serão mantidas disponíveis para consulta por um prazo de 05 anos, a partir da defesa desta tese. As entrevistas são o ponto inicial da AC e suas transcrições foram de fundamental importância para um tratamento igualitário dos termos destacados. Por meio delas, foi possível formular as categorias e os núcleos de sentido, cujo tratamento das correspondentes unidades de registro resultou nas seguintes frequências quantificadas e nos respectivos percentuais (Tabela 3).

Tabela 3 - Categorias (C) e as Frequências (F) e os Percentuais (%) dos Núcleos de Sentido (NS)

CATEGORIAS	NS	F	%
C1 Redes Sociais (RdS)	NS1 Modelo de Gestão e Governança	286	16,4%
	NS2 Configuração em rede	198	11,4%
	NS3 Sistema Local de Inovação	157	9,0%
	Sub-Total RdS	641	36,8%
C2 Aprendizagem Organizacional (AO)	NS4 Modelos Mentais e Aprendizagem em Equipe	267	15,3%
	NS5 Domínio Pessoal e Visão Compartilhada	149	8,6%
	NS6 Pensamento Sistêmico	179	10,3%
	Sub-Total AO	595	34,2%
C3 Inovação Gerencial (IG)	NS7 Inovação em estruturas organizacionais	149	8,6%
	NS8 Técnicas de gerenciamento avançadas	200	11,5%
	NS9 Novas orientações estratégicas	155	8,9%
	Sub-Total IG	504	29,0%
	TOTAIS	1740	100%

Fonte: elaboração do autor em 2012.

A seguir, é apresentada a análise das três categorias e dos nove núcleos de sentido. Para tanto, esta seção é subdividida em mais três subseções: 1) Categoria 1 ⇔ Redes Sociais; 2) Categoria 2 ⇔ Aprendizagem Organizacional; 3) Categoria 3 ⇔ Inovação Gerencial.

5.1.2 Categoria 1 ⇔ Redes Sociais

Nesta etapa, são analisados os núcleos de sentido compreendidos na categoria “Redes sociais”. Esta categoria reúne 36,8% das frequências das unidades de registro

selecionadas (Tabela 2). Infere-se que a concentração de unidades de registro relacionadas a esta categoria na fala dos entrevistados associa-se ao próprio objeto de estudo – a Rede InovarH-BA.

Sendo os entrevistados gestores do SUS ou de órgãos de um SLI, esta categoria emergiu da fala destes sujeitos, permitindo compreender o que eles pensam sobre modelos de gestão e governança a serem adotados em uma rede de inovação e aprendizagem em gestão hospital. A categoria revela, portanto, a compreensão deles a respeito da *práxis* de organizar o trabalho de maneira capilar, e a respeito da configuração das organizações hospitalares no contexto de um *modus operandi* muito próprio do mundo contemporâneo, que é a morfologia em rede.

Os núcleos de sentido desta categoria revelam:

- a) O entendimento sobre modelo de gestão de redes sociais e a composição de uma governança para uma rede social como a InovarH-BA (**Modelo de Gestão e Governança – NS1**);
- b) A percepção sobre a atuação do SUS como uma *network* (**Configuração em Rede – NS2**);
- c) O entendimento sobre a participação de outros setores da sociedade, configurando a Rede InovarH-BA isomorfa à de um Sistema Local de Inovação (**SLI – NS3**).

Isto posto, parte-se para a análise dos três núcleos de sentido pertinentes a esta categoria.

5.1.2.1 Núcleo de Sentido 1 - Modelo de Gestão e Governança

Os entrevistados, ao expressarem os seus pontos de vista, trazem informações necessárias para o entendimento sobre modelo de gestão de redes sociais e a composição de uma governança para uma rede social como a InovarH-BA. Dada a função destes sujeitos como gestores do SUS ou de órgãos de um SLI, assume-se que eles incorporaram premissas de gestão para o século 21, quais sejam: organogramas horizontalizados, fluxo sistêmico das informações, processos de trabalho articulados e integrados, aprendizagem permanente, uso das TICs, trabalho colaborativo e tomadas de decisões estratégicas de maneira colegiada

(i.e. compartilhada). Tais premissas estão associadas às das organizações que aprendem, conforme discorrido no Capítulo 3 desta tese.

Observou-se que as falas dos entrevistados, recorrentemente, associavam modelos de gestão e governança como temas que interferem na conformação da Rede InovaH-BA, caracterizando, assim, o primeiro núcleo de sentido desta categoria. Registra-se que 13 (72,23%) entrevistados conheciam a Rede InovarH-BA, e os demais 05 (27,77%) interagem indiretamente com esta Rede, sem conhecê-la.

O perfil dos entrevistados – gestores – reflete-se na frequência das unidades de registro deste núcleo de sentido, que apresentou o maior percentual (16,4%) dentre todos os demais (Tabela 2). As unidades de registro de maior frequência compiladas neste núcleo de sentido são: hospitais, processo, SUS, participação, gestão e organização.

Vale lembrar que a ideia central da InovarH-BA é a de construir uma ampla e consistente rede de cooperação entre centros acadêmicos e hospitais integrantes do SUS. Dentre suas metas, está a de promover ações voltadas para o fortalecimento da aprendizagem organizacional, mediante o desenvolvimento e fortalecimento de um novo perfil gerencial para os hospitais participantes.

A palavra “processo”, no contexto de processos de gestão, foi a unidade de registro mais frequente neste núcleo de sentido. A concepção de um modelo de gestão que priorize as pessoas, e não apenas os processos, é recomendável nas organizações contemporâneas. Infere-se que, para o desenvolvimento de processos, as pessoas são responsáveis por estes a partir de suas experiências ou por meio da troca entre elas. De acordo com um dos entrevistados:

[...] rede não se faz com pessoas interessadas e bem intencionadas, precisa muito mais, precisa de uma política institucional que dê sustentabilidade a essa Rede e de um plano de trabalho que explicita as suas estratégias. **E4B3.**

Esta fala traduz a importância de mecanismos voltados a um modelo de gestão que prioriza processos, deixando a importância das pessoas em segundo plano.

Na quantificação das unidades de registro nas falas dos entrevistados, é explicitada a ideia de um modelo de gestão pautado em processos. Porém, para que esses processos possam subsidiar as estratégias delimitadas em um dado plano de trabalho de forma eficiente, eficaz e efetiva é preciso considerar o ambiente e as pessoas.

[...] se você trabalha em rede, você tem possibilidade de utilizar determinadas ferramentas, determinadas tecnologias, otimizar a utilização das tecnologias através do ganho de escalas. Então a rede, ela não só é importante do ponto de vista da assistência, [...] trabalhar esse fluxo das necessidades do paciente, mas ela é uma ferramenta fundamental pra **gestão administrativa**, para inovar processos. **E16C11** (grifo nosso).

Assim sendo, se o foco da InovarH-BA é promover um novo perfil dos hospitais com o fim de gerar inovações gerenciais, o modelo de gestão mais adequado é aquele que prioriza competências capazes de articular e integrar processos, visando alcançar os objetivos, dentre os quais está a difusão de inovações gerenciais. Compreende-se que um modelo de gestão adequado à Rede InovarH-BA é voltado às tecnologias componentes (“disciplinas”, na terminologia de Peter Senge), associado à configuração de redes com uma governança que prioriza o conhecimento dos sujeitos e, conseqüentemente, das organizações hospitalares.

Embora na análise quantitativa, quando contabilizadas as frequências das unidades de registro, tenha-se evidenciado que, na visão dos entrevistados, gestão se relaciona a processos, quando as informações são analisadas qualitativamente, elas revelam discursos relacionados a uma prática da gestão por meio de processos, mas considerando igualmente as pessoas, tarefas, estrutura, ambiente, tecnologias e competitividade.

[...] uma atividade conceituada, ou seja, existe, mas não é completa, a gestão é teórica. A gestão é uma atividade que tem um contexto, que tem boas, não tão boas práticas, e sucessos e fracassos. Não é uma atividade determinística, é uma atividade conceituada, contingenciada, ou seja, dependendo da contingência. **E14C10**.

[...] conjuntos de instituições e pessoas utilizam os recursos da telemática para tecer atividades que possam, ou que levem a melhorar a capacitação, a inclusão de novas tecnologias nos processos de trabalho e na estruturação das instituições em si. **E8C5**.

[...] são interesses confluentes, ou seja, são pessoas, organizações, entidades, instituições que se unem de certa forma sem uma hierarquia nisso, mas o interesse comum é que se faz a aproximação dos indivíduos, das instituições, sem levar em conta suas estruturas duras, seus organogramas. **E5C2**.

As falas implicam a assunção do conhecimento como dinamizador das práticas de gestão organizacionais. À medida que a governança da Rede InovarH-BA considera a importância do conhecimento – que indiscutivelmente está nas pessoas – mais facilmente ela pode cumprir seus objetivos.

[...] aprendizado pode fazer com que, não somente se produzam inovações, como se discutam o processo de **incorporação de inovações**. [...] a **rede de hospitais** pode produzir conhecimento, pode disseminar conhecimento, pode fazer com que esse conhecimento se transforme em novos processos de trabalho, em novos produtos, com melhoria da eficiência, da efetividade, da eficiência do funcionamento, inclusive, como possibilidade de vir a se tornar experiências [...] de importância mais do que local. **E6C3** (grifo nosso).

A governança relaciona-se aos diferentes modos de coordenação, intervenção e participação nos processos de decisão dos diferentes atores (Estado, firmas, cidadãos, fornecedores, trabalhadores, organizações não-governamentais, centros científicos e tecnológicos), dentre outras atividades que envolvem a organização de fluxos de produção e comercialização, assim como o processo de geração, difusão e uso de conhecimento informal (i.e. tácito) e formal (i.e. explícito).

[...] a governança de uma rede como a InovarH poderia ter, primeiro, uma visão acadêmica; segundo, uma visão de serviços; e terceiro, uma visão claramente [...] não envolvida com interesses conflitantes, como a de uma Agência Internacional, ou uma coisa parecida. **E13B4**.

O modelo de gestão adotado nas redes de atenção à saúde pode contribuir, em maior ou menor grau, para o processo de inovação e facilitar a aprendizagem informal. Aqui, a aprendizagem é concebida como um processo cumulativo, por meio do qual as organizações ampliam seus estoques de conhecimento, aperfeiçoam os processos de busca, aprimoram competências e habilidades dos profissionais e desenvolvem uma gestão participativa, eficaz e mais eficiente para inovar suas ações, produtos e processos. Nesse sentido, entende-se que a aprendizagem é dinamizada por meio da interação de pessoas, é dependente de mudanças culturais voltadas para compartilhar rotinas organizacionais codificadas ou tácitas. Tal compreensão ratifica a importância da configuração em redes.

Registram-se alguns trechos da fala dos entrevistados que esclarecem a concepção de governança associado à Rede InovarH-BA:

[...] a função de coordenação da rede, [...], com o sentido de raiz, ou de raiz etimológica do termo, de 'coordenar em conjunto com', eu suspeito do uso desse termo, [...] hoje o termo é tão contaminado pela ideia de coordenação como 'comando', e não como **ordenação em conjunto**, [...]. **E15B5** (grifo nosso);

[...] entendia que esse podia ser um caminho, eu entendo, também, que não pode ser uma coisa prescritiva, impositiva, compulsória, [...]. **E5C2**;

[...] a governança é construída por **deliberação autônoma dos participantes**, senão ela nem é governança, ela é império. **E15B5** (grifo nosso);

[...] um colegiado de gestão, onde todos se sentissem parte, [...] poder de voz, de participação, a questão de **pertencimento** e da **responsabilização**. Eu acho que está muito ligado ao sentimento de pertencer, você ter um colegiado, você sentir que você é parte na decisão de determinada instância e colegiado e, ao mesmo tempo, você, ao se sentir parte, você também se responsabiliza. E, para mim, não há responsabilidade se você não pertence. [...] E poderia até, inclusive, ser algo de resolução, norma, [...], que venha a ser feita que tenha o que, os objetivos, a questão da gestão [...]. **E12C9** (grifo nosso).

Assim, considerando estas visões relacionadas à governança da Rede InovarH-BA, nota-se que o posicionamento dos entrevistados aponta um modelo multilateral horizontal como adequado. Se, por um lado, esse modelo, conforme elucidado na seção 2.1.3.1 desta tese, adota formas de comando envolvendo agentes e organismos públicos e privados, por outro, em uma analogia entre a Rede InovarH-BA e cadeias produtivas,⁴¹ a atuação destas pode ser melhorada se há difusão do conhecimento em gestão; analogamente, no caso da Rede InovarH-BA, se há difusão do conhecimento em gestão hospitalar.

Para tanto, a “cadeia produtiva” desta rede se configura por meio de processos nos quais existam os seguintes elementos: pessoas com disposição para compartilhar seus conhecimentos tácitos e formais; tecnologias de informação e comunicação; espaços presenciais e virtuais. Em relação a isto, os entrevistados expressam que

[...] A gente precisa pensar como rede, nós precisamos articular como rede, precisamos estabelecer fluxo entre nós [...]. **E16C11**;

[...] é que essa estrutura de governar seja pactuada, seja negociada amplamente [...], um mecanismo, um funcionamento, um mecanismo de governo, de governança, que seja democrático, que contemple os interesses e pactue que concilie, inclusive, as divergências que possam existir para que a rede, de fato, ganhe adesão de todos e produza benefícios para todos os seus participantes. **E6C3**;

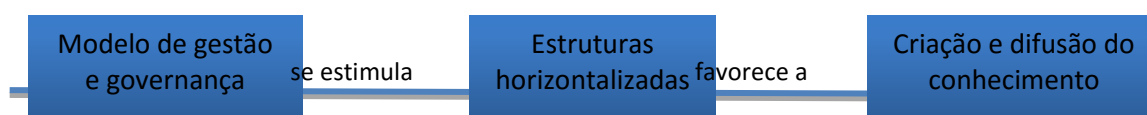
[...] não é uma governança no sentido de controle, é uma governança no sentido de quem quer investir nessa rede. Quem quer investir nessa rede tem interesse de que essa rede se desenvolva e, uma vez desenvolvida, podem os atores continuar

⁴¹ “Uma cadeia produtiva é entendida como o encadeamento de atividades econômicas, desde a transformação e a transferência dos insumos (matérias-primas, máquinas, equipamentos), produtos intermediários e finais, distribuição e comercialização. Observa-se que cada agente ou conjunto de atores nessa cadeia especializa-se em etapas distintas [i.e. em processos], caracterizando uma crescente divisão de trabalho. Esta pode ser de âmbito local, regional, nacional ou mundial no sistema produtivo local” (LASTRES; CASSIOLATO, 2005, p. 6).

investindo, pode-se encontrar outros atores que tenham ainda mais interesse em investir nisso, ou pode-se até criar um movimento que fuja do controle; fuja do controle no bom sentido, tenham tantos atores, tantos grupos, tantos atores, que, na verdade é um coletivo relativamente. **E14C10.**

Diante da análise qualitativa (i.e. das inferências em relação às unidades de contexto) e quantitativa (i.e. da contagem das frequências) dessas informações, interpreta-se que, na Rede InovarH-BA, prevaleça um modelo de gestão que prioriza as pessoas, as organizações e as instituições interessadas na difusão de inovações gerenciais. A adoção de processos para o alcance deste interesse implica a interação desses agentes sociais e a capacidade de difundir inovações gerenciais entre as organizações prestadoras de serviços de saúde (Figura 9).

Figura 9 - Síntese de questões discutidas no NS1



Fonte: Elaborado pelo autor em 2012.

Em um SLI e na própria Rede InovarH-BA, seria desejado que os gestores manifestassem forte correlação entre modelos de gestão e redes, porém a contagem da frequência das unidades de registro resultou em um menor valor para o núcleo de sentido “Configuração em rede” do que para “Modelo de gestão e governança”, demonstrando que há certa fragilidade em práticas de gestão que favoreçam a atuação em rede.

Assim, parte-se para discorrer sobre o entendimento dos entrevistados a respeito de configuração em rede.

5.1.2.2 Núcleo de Sentido 2 - Configuração em Rede

Neste núcleo de sentido, as análises prendem-se à percepção dos entrevistados sobre a condição do SUS como uma *network*, e o que esses sujeitos pensam sobre os meios para incentivar a interação e a capilaridade entre organizações hospitalares e demais agentes físicos e jurídicos que conformam o SUS (i.e. pacientes/usuários, profissionais, gestores, serviços, instituições).

Conforme discorrido no Capítulo 2 desta tese, são evidenciados os esforços para o enfrentamento de um conjunto de fatores que convergem para a desordem⁴² de um sistema de saúde, caracterizando, assim, a complexidade do ambiente do SUS.

[...] Uma organização também evolui seguindo as mesmas regras, as mesmas normas de muitos outros conjuntos, que não é a regra Darwiniana da sobrevivência do mais forte, mas sim, **uma procura de melhores formas de adaptação das respostas às necessidades do sistema**, o SUS está tentando conseguir dar melhores respostas. Um problema é que, se essas respostas estão sendo dadas, estão sendo proporcionadas por cada agente dos 4 milhões de trabalhadores, 20 mil hospitais, cada um desses está dando resposta. Algumas das necessidades que fariam com que o SUS evoluísse num melhor sentido de criar melhores respostas, só que ninguém sabe onde está acontecendo. É como se fosse um grande conjunto de agentes que está respondendo, mas cada um está respondendo em âmbitos diferentes, então, **ninguém está aprendendo com a resposta dos outros**. E₁₄C₁₀ (grifo nosso).

O Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011, foi homologado para regulamentar a Lei Orgânica de 1990 e dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento de saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, dentre outras providências com vistas à operacionalização do SUS. Esta regulamentação organiza as relações por meio dos colegiados interfederativos tripartite, bipartite e regional. Nesses colegiados, as decisões são consensuais ou por maioria, a partir do compartilhamento da gestão. São definidas, também, as portas de entrada no SUS e a criação do mapa de saúde do país. A finalidade do mapa é mostrar, de modo censitário, os recursos relacionados à saúde, quais sejam: profissionais, estabelecimentos, equipamentos, serviços, formas de acesso. O objetivo do mapa é constituir metas para induzir a organização das redes de atenção à saúde em busca de qualidade e eficiência nos resultados. Tais aportes se coadunam com a percepção dos entrevistados quando, em relação a este núcleo de sentido, eles expressam unidades de registro tais como: rede, articulação, integração, interação, conjunto, acesso, mobilização, usuário e coletividade.

Nas falas dos entrevistados é evidenciada a proposta de interação e articulação prevista nas bases legais do SUS.

[...] a ideia do SUS como uma rede. Ele é uma rede, e é uma rede que tem uma dimensão e organicidade e de harmonia fantástica ante a complexidade dos atores, dos participantes e do objeto dessa rede, que é a saúde. O fato de existirem

⁴² Compreende-se desordem, aqui, segundo a conceituação de Morin (2005a).

pontos, agrupamentos de secretários em regiões, em cada estado, no próprio estado, de funcionar uma comissão, uma associação nacional de secretários municipais, de existir uma associação plenamente bem-sucedida de secretários estaduais, e funcionar uma tripartite, de haver um sistema de negociação... [...]. **E15B5.**

[...] o advento do SUS, muitas medidas governamentais de orientações foram estabelecidas no sentido de propiciar [...] é essa atuação em rede, é buscando a integralização de ações em esferas governamentais diferentes. **E3C1.**

[...] articulações políticas, mas ela precisa de sustentabilidade no longo prazo, então, assim é o envolvimento dos atores, dos principais atores interessados, [...] é uma rede colaborativa e não corporativa [...]. **E4B3.**

[...] tem havido mudanças fantásticas nos vinte e poucos anos de implantação do SUS no Brasil, vai mudar progressivamente. Então, essa é uma necessidade de usuários do serviço de saúde, que estão presentes nos Conselhos Nacionais, Estaduais, Municipais, em conselhos comunitários de hospitais, que vão pressionar para isso [...]. **E15B5.**

[...] processo de que dependerá do adensamento dos atores que estiverem participando, da participação dos mesmos, mas acho que toda uma estrutura sequenciada em termos de sistemas de informação gera uma estrutura favorável ao desenvolvimento [...]. **E2B2.**

Depreende-se que a interação entre pessoas e, conseqüentemente, a ampliação da rede, a sua capilaridade, são atributos essenciais para a configuração da *network* do SUS. Assim, o *habitus* da interação entre os sujeitos é fundamental em redes sociais que atuem como mecanismos de transferência de informação relacionados às questões de aprendizagem e inovação nas organizações ou para a operacionalização de um sistema de saúde. E quanto mais há contato mútuo diádicos entre esses sujeitos, maior a extensão na qual eles estão interconectados, favorecendo a capilaridade da rede.

Os trechos selecionados das falas dos entrevistados demonstram que o SUS é concebido por esses gestores como uma *network*.

[...] muitos **hospitais** começam a atender ou a criar redes de atenção primária pelo **SUS**, [...], então a **Rede InovarH** [...] teria um papel importante na discussão da conjuntura de como eu reestruturo os meus **serviços** para as mudanças que estarão chegando, eu acho que, quem participar da rede vai ter um salto, vai ter um conhecimento estratégico superior aos demais e vai sair na frente. **E1B1** (grifo nosso).

[...] na realidade existem esforços desses diversos atores da área de saúde, esforços muitas vezes individualizados, cada qual lá no seu mundo, e a rede viria exatamente, não é unificar, mas ela viria aglutinar [...]. **E7C4.**

[...] entendo o SUS como mais que uma rede, como um organismo vivo que foi criado sobre, como uma evolução de outro sistema prévio e que, desde o ano de 1988, está evoluindo. **E14C10.**

[...] Então, em princípio, o SUS deveria estar organizado para atender integralmente às necessidades e aos indivíduos que precisam de ações de saúde. E aí vai se constituindo essa rede, com esse ponto de vista. **E₁₆C₁₁**.

[...] o SUS está num momento muito particular, a gente já terminou a fase um, que é a universalidade de cobertura, estamos na fase dois, que é buscar a integralidade do acesso, e a gente tem um nível terciário que é de domínio tecnológico majoritariamente público bem estabelecido, então, o que eu vejo que seria a grande contribuição da rede. **E₁B₁**.

[...] é o conjunto, da necessidade se trabalhar conjunto em conjunto com várias, ou pelo menos ter contato com várias instituições. [...] na área da saúde, o que está transversal na secretaria municipal, na secretaria estadual, o que é transversal tanto para rede hospitalar como para rede básica. **E₈C₅**.

Apesar dessa concepção do SUS como uma *network*, pode-se analisar se para esses gestores está clara a compreensão de premissas sobre redes sociais, tais como as abordadas por Lopes e Baldi (2009), elencadas na seção 2.2.1.1 desta tese. Os entrevistados expressam a fragilidade da capilaridade da Rede do SUS e, assim, infere-se a extensão destas falas à capilaridade das organizações integrantes da Rede InovarH-BA.

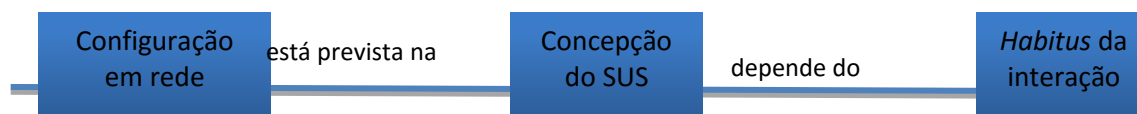
[...] equipamentos físicos de internet, computadores, mas uma gestão, também, que facilite esse tipo de trabalho, para não ficar só no nível do individual, mas que isso tenha, seja um processo, realmente, coletivo; e que possa se estabelecer um coletivo, que as redes estabelecem um coletivo que se intercomunica. **E₈C₅**.

[...] incorporação de técnicas tanto relacionais, como tecnologias mais duras de utilização de equipamentos. A gente ainda tem notícias de dificuldades de capacitação de pessoal para utilização de novos equipamentos, embora [...] as principais dificuldades que os gestores apontam sejam para uma tecnologia relacional, trabalho em equipe. **E₈C₅**.

[...] não se constrói rede sem sistema informatizado, sem informação de sistemas de informação. Que você possa integrar, justamente, e você trabalhar com a produção da informação, dos dados, e transformar aqueles dados em informação, e aquilo lhe servir para você tomar decisões. [...] construir de forma solidária, essa rede informativa. Que sejam alimentados, justamente, por **esses pontos isolados das redes, que seriam os estabelecimentos hospitalares**, [...] integrar, do ponto de vista da informação, pela produção de serviços, pelos processos gerenciais administrativos, que você possa estar utilizando e criando alguma solidariedade entre os membros dessa rede, do mecanismo da informação, da disponibilidade da informação. **E₁₆C₁₁** (grifo nosso).

A partir dos extratos apreendidos das falas dos entrevistados, infere-se que esforços são necessários para consolidar a interação entre as várias instâncias do SUS, e, por conseguinte, para haver, de fato, uma densidade de relações entre essas instâncias (Figura 10).

Figura 10 - Síntese de questões discutidas no NS2



Fonte: elaborado pelo autor em 2012.

A aplicação da metodologia de ARS pode contribuir para perceber as características topológicas das organizações ou dos sujeitos integrantes da rede do SUS. Na ARS, a interação pode ser percebida por meio da conexão entre os sujeitos que compõem a rede e, também, por meio do número de conexões que partem desses ou chegam a esses sujeitos (i.e. grau). E a capilaridade de uma dada rede pode ser medida por meio da razão entre o número de relacionamentos existentes pelo número de relacionamentos possíveis entre os sujeitos da rede (i.e. da densidade).

Cabe salientar que o foco desta tese não é mensurar indicadores sobre redes, mas buscar analisar a estrutura da Rede InovarH-BA por meio de fatores próprios da ARS.

[...] a questão do capital social relacional, que aí eu acho uma coisa mais difícil [...] é uma das coisas até que, acompanhando a rede de perto, pouco se trabalha na Rede, [...] não se discute muito a questão da Rede enquanto Rede, no sentido dos seus preceitos básicos, o que é que precisa acontecer na Rede, [...], não é exigida nem a reflexão dos seus membros de que eles enxerguem a Rede como uma Rede, uma Rede no seu sentido mais de que você tem diversos nós, que esses nós precisam estar interagindo entre si, mais do que uma interação vertical onde você tem organizações de suporte interagindo com essas instituições aqui, mas que elas precisam, de alguma forma, criar esse capital social, ter ações coletivas, ter uma atitude cooperativa e criar uma agenda comum. E₂B₂.

Embora a função primordial da Rede InovarH-BA seja promover a interação entre hospitais do SUS, essa rede se articula, também, com outros atores envolvidos e comprometidos com o desenvolvimento do SUS (i.e. academia, governo, e terceiro setor). Tal articulação remete à configuração de um SLI. Assim, parte-se para a análise das informações do núcleo de sentido 3 desta categoria.

5.1.2.3 Núcleo de Sentido 3 - Sistemas Local de Inovação (SLI)

As políticas voltadas ao desenvolvimento socioeconômico de um dado território não podem descartar as análises da diferenciação espacial dos produtos ou serviços (i.e. descentralização) e a sua concentração nos espaços (i.e. regionalização), bem como todo o arcabouço que constitui a economia da inovação, preconizada por Schumpeter (1961). Esse teórico concebe a inovação de um modo amplo, definindo-a como a transformação de conhecimento em novos produtos e processos produtivos. Tal definição deixa, ainda, algumas lacunas, pois não contempla a gestão das organizações produtivas, ou seja, uma vez introduzida a inovação, não explicita como se dará a manutenção do processo de melhoria contínua e não especifica claramente o agente que promove a transformação do conhecimento. Nesse sentido, as análises relacionadas à configuração de redes, em particular, a da Rede InovarH-BA, não podem descartar as premissas da capacidade de interação de elementos que caracterizam os sistemas de inovação relatados no Capítulo 2 desta tese.

Neste núcleo de sentido, busca-se perceber se os entrevistados entendem a configuração da Rede InovarH-BA análoga à de um SLI. Supõe-se que uma configuração desta natureza tem como finalidade a assunção de funções específicas no processo de produção, transmissão e armazenamento de conhecimento, para fins de inovação. Ressalta-se que, conforme apresentado na Tabela 2, o fato de este núcleo de sentido ter menor frequência dentre os três desta categoria demonstra, ainda, não ser relevante para os entrevistados as possíveis correlações e analogias entre a Rede InovarH-BA e um SLI, o que implica restrições no desenvolvimento da visão inovadora na Rede InovarH-BA como um agente que promove a transformação do conhecimento relacionado à gestão hospitalar.

A fragilidade do conhecimento sobre inovação é perceptível na fala de alguns dos gestores entrevistados, como é evidenciado pelo desconhecimento de que inovação pode ser tratada em diferentes âmbitos: uma inovação pode ser percebida como tal em âmbito organizacional, local, regional, nacional ou global. Esta diferenciação de âmbitos é, inclusive, adotada pelo Manual de Oslo (OCDE/FINEP, 2004, 2005) e pelo IBGE/PINTEC (2011),

[...] com certeza, a não ser que seja outro sentido de 'local' de inovação. Se for 'local' no sentido específico desse campo de conhecimento, se é 'local' no sentido geográfico, não sei, porque, na verdade, uma rede tem que ser alguma coisa

geográfica, só no caso de que a geografia determine algum dos problemas que origina a rede. Penso que, nesse sentido, pode ser. Mas a inovação, por definição, **não é local. A inovação é inovação.** E₁₄C₁₀ (grifo nosso).

Por meio da análise das unidades de contexto e das frequências das unidades de registro deste núcleo (Tabela 2), infere-se que os entrevistados estão pouco familiarizados com a proposta dos sistemas de inovação, a despeito de que 38,89% deles são gestores e representam instâncias de um SLI, e 61,12% deles atuam como professores em universidades públicas. As unidades de registro que apresentam maior frequência neste núcleo de sentido são: sistema, recursos financeiros, universidades, investimento, OPAS, academia, atores e incentivo.

Não obstante a fragilidade conceitual dos entrevistados sobre o possibilidade de a Rede InovarH-BA ser percebida isomorfa à de um SLI, observa-se, nos trechos das falas desses informantes, aspectos relacionados às concepções de um sistema de inovação e as articulações dos atores que o compõem, a saber:

[...] **sistema de inovação sim, local eu tenho dúvida.** Eu acho que o principal de uma rede desse tipo é a abertura de uma coisa mais ampla com mais troca de experiências. Eu acho que isso pode gerar iniciativas inovadoras no sistema local. E₁₀C₇ (grifo nosso);

[...] **academia** tem um papel de estruturar melhor as perguntas e os problemas dos gestores. E₁₄C₁₀ (grifo nosso);

[...] se vê buscar formas de **participação de setores da sociedade** que não são exatamente nem **governo**, nem **universidade** ou **hospital**, mas de **outros setores da sociedade** que pudessem interagir com redes desse tipo, seja como fornecedor, seja como beneficiários da atividade hospitalar, mas para que ela tivesse também essa inserção é maior da sociedade como um todo. E₃C₁ (grifo nosso);

[...] é uma rede que obtém legitimidade, que consegue inovar, ou que consegue disseminar, portanto, rapidamente as inovações que aparecem. E₁₃B₄.

As falas expressam a necessidade da articulação entre organizações do primeiro, do segundo e do terceiro setor, com vistas a promover a difusão de conhecimento para gerar inovações nos serviços de saúde. Infere-se que tanto a Rede InovarH-BA e um SLI são formados por grupos ou aglomerados organizacionais (i.e. governo, academia e organizações produtivas) e grupos populacionais (i.e. gestores públicos, pesquisadores interdisciplinares,

profissionais e usuários dos serviços de saúde). Tal inferência se coaduna com os grupos que conformam o SUS, caracterizando, assim, a sua complexidade.⁴³

[...] existem dinamismos gerenciais importantes, existe uma segmentação de **mercado**, existem lógicas distintas de lucratividade, ou de lucratividade não se aplicaria ao **setor público**, mas conseguir ativos econômicos, de qualificação [...]. **E₁B₁** (grifo nosso).

[...] a **assistência hospitalar**, a gente pode caracterizar como uma **indústria**, que produz um serviço da mais **alta relevância social**, mas, ao mesmo tempo, com uma **importância econômica** muito grande, são milhares de **pessoas empregadas**, um **volume de recurso financeiro** enorme, quando se realiza uma quantidade enorme de produtos, equipamentos, um material de consumo. **E₆C₃** (grifo nosso).

A complexidade da realidade do SUS exige dos diversos grupos sociais (i.e. organizacionais e populacionais) a adoção e a incorporação de comportamentos que possibilitem analisar as mudanças e, assim, intervir na realidade deste sistema. Nesse contexto, a articulação desses grupos, configurados em um SLI ou em uma Rede como a InovarH-BA, representa possibilidades de promover ações para resolver questões de atenção à saúde que afetam uma dada população em um dado território. Além de promover, também, o desenvolvimento socioeconômico de uma dada região.

[...] grupos por especialidade na capital e nas cidades do interior, onde eles discutem os seus problemas comuns, discutem as suas dificuldades de gestão, e **através do compartilhamento dessas informações** têm tentado **agrupar grupos de interesse**. A Rede InovarH vem justamente facilitar essa linha, dando uma visão um pouco mais profissional àquilo que beira, apenas, um bate-papo ou troca de informações sem qualquer caráter organizado. **E₉C₆** (grifo nosso).

A partir das análises e discussões percorridas nesta categoria, conclui-se que desenvolver sinergias coletivas por meio das interações dos grupos organizacionais e populacionais que configuram sistemas desta natureza possibilita o fluxo de informações necessário para alcançar seus princípios norteadores. Os entrevistados expressam a compreensão de que esses sistemas são modelos de políticas públicas de Estado, em particular o SUS, visto como uma estrutura organizacional cujo modelo de gestão prioriza uma morfologia reticular. A partir destes resultados, em paralelo com os aportes conceituais, pode-se inferir que a operacionalização desta morfologia depende de os sujeitos

⁴³ O SUS é “um projeto de caráter trans-setorial (pois os saberes que o informam não se circunscrevem a setores específicos), que se constrói socialmente para garantir direitos” (JUNQUEIRA, 2000, p. 35).

se organizarem de maneira capilar, o que requer, e por vezes determina, uma mudança de comportamento destes. Para tanto, tal predisposição associa-se capacidade de fechamento dos sistemas (i.e. a recursividade organizativa).

Por meio das análises e discussões desta categoria (i.e. Redes Sociais), conclui-se que os entrevistados possuem uma visão sobre a importância das organizações se estruturarem em rede. No entanto, para a concretização desta morfologia, é necessário o *habitus* da interação entre os grupos organizacionais do SUS.

[...] nos processos de discussão entre os participantes, [...] muitas das ações, [...] como o próprio processo de implantação do sistema de informação [...] para cada um dos atores, e com os laços, digamos, entre pares, no nível horizontal entre os participantes precisa ser mais trabalhado [...] **a ligação entre os participantes são tênues. E₂B₂** (grifo nosso).

Nesse contexto, medidas para a popularização de políticas de inovação voltadas às políticas de atenção à saúde vão favorecer mudanças comportamentais das instituições de saúde na assimilação deste *habitus*. Assim, a articulação de forma complementar das políticas públicas sociais no âmbito das instâncias interfederativas do SUS é necessária para efetivar a difusão de conhecimentos e, portanto, intervir na realidade complexa dos serviços de atenção à saúde. Nas instituições de atenção à saúde, essas práticas ainda estão por se desenvolver.⁴⁴

Para desenvolver tais práticas, são necessários esforços diversos por meio de iniciativas como as da Rede InovarH-BA. Redes ou iniciativas desta natureza apoiam práticas de intercâmbio de dados e informações entre os serviços de saúde, o que tende a consolidar os princípios norteadores do SUS.

Observa-se a dificuldade, retratada na fala dos entrevistados, de os componentes da Rede InovarH-BA intercambiar seus processos inovativos. Mas não se pode descartar a possibilidade de essa Rede fomentar a aprendizagem organizacional e a inovação gerencial, conforme previsto em suas diretrizes (Figura 11).

⁴⁴ Vale lembrar que, segundo Putman (2005, p. 74), “o desenvolvimento de uma instituição humana não pode ser avaliado de uma semana para outra, nem de um mês para outro, e às vezes nem mesmo de um ano para outro. Os ritmos da mudança institucional são lentos. Não raro é preciso que várias gerações passem por uma nova instituição para que se perceba claramente os efeitos dela sobre a cultura e o comportamento”.

Figura 11 - Síntese de questões discutidas no NS3



Fonte: Elaborado pelo autor em 2012.

A análise das entrevistas revela que é pertinente um modelo de gestão visando colaboração, aprendizado e inovação. Assim, compreender a visão desses gestores entrevistados sobre organizações que aprendem contribui para o alcance do objetivo geral desta tese. Nesse sentido, na próxima seção são apresentadas a análise e as discussões da Categoria 2, intitulada Aprendizagem Organizacional.

5.1.3 Categoria 2 - Aprendizagem Organizacional

Nesta etapa da apresentação dos resultados, são analisados os núcleos de sentido compreendidos na categoria Aprendizagem Organizacional. Busca-se verificar, nas falas dos entrevistados, ações para o desenvolvimento de organizações que promovam a interação social, a negociação de interesses, o aprimoramento de competências e a gestão da diversidade. Essas ações visam transformar o conhecimento organizacional na solução de problemas, na manutenção de processos e atividades ou na geração de novos produtos ou serviços. Tais ações sinalizam que as organizações contemporâneas agem de modo que potencializam a sinergia entre o individual (i.e. pessoal) e o coletivo (i.e. grupal). Em outras palavras, nesta categoria, busca-se verificar se os sujeitos entrevistados entreveem a Rede InovarH-BA como promotora do processo de aprendizagem organizacional, e se os indivíduos e grupos atuantes nas organizações que compõem esta rede são capazes de viabilizar o desenvolvimento e a mudança na gestão hospitalar.

Procura-se entender por meio dos núcleos de sentido derivados desta categoria:

- a) Quais práticas influenciam atitudes e percepções individuais para fomentar conexões de ações para o aprendizado (**Modelos Mentais e Aprendizagem em Equipe – NS4**);
- b) O que os sujeitos sugerem como meios de aprendizagem para promover a cocriação e a visão compartilhada por equipes e indivíduos (**Domínio Pessoal e Visão Compartilhada - NS5**);

- c) Se os sujeitos percebem que as ações relacionadas à aprendizagem organizacional são tomadas considerando todo o contexto da organização, caracterizando-a como parte de um sistema de gestão (**Pensamento Sistêmico – NS6**).

As falas dos entrevistados serão analisadas à luz das disciplinas ou das tecnologias componentes preconizadas por Senge (2010). Para este autor, em uma organização que promove a aprendizagem, o trabalho de cada pessoa afeta o trabalho de todas. Tal fato compromete o ambiente organizacional onde essas pessoas atuam. Portanto, as organizações não são sistemas isolados: elas são conjuntos integrados que estão em um contínuo processo de correção de rumo.

A partir da quantificação das unidades de registro, o núcleo de sentido referenciado com maior frequência nas falas dos entrevistados foi ‘Modelos mentais e aprendizagem em equipe’, seguido do núcleo de sentido ‘Pensamento sistêmico’ (Tabela 2). Isto posto, parte-se para a análise dos três núcleos de sentido pertinentes a esta categoria.

5.1.3.1 Núcleo de Sentido 4 - Modelos Mentais e Aprendizagem em Equipe

O foco deste núcleo é apreender das falas dos sujeitos quais habilidades influenciam atitudes e percepções individuais relacionadas aos processos de aprendizado.

A fala de um dos entrevistados sintetiza a importância do enfoque na aprendizagem:

[...] potencialmente sim, é a forma como você aprende, apreende conceitos, você tem uma agenda de aprendizado, de trocas de conhecimento, de melhoria da gestão pela saúde a partir da introdução de novas práticas, [...] implementando uma nova prática dentro de uma organização [...]. **E2B2**.

As respostas dos entrevistados sobre questões relacionadas à aprendizagem não divergem dos aportes conceituais, segundo os quais aprender é um processo por meio do qual um novo conhecimento é criado ou agregado pela transformação da experiência coletiva, e que o ato cognitivo de aprender resulta em mudanças de comportamento que se tornam mais frequentes à medida que o sujeito amplia o conhecimento sobre si (i.e. individual) e sobre o seu ambiente (i.e. interpessoal). Este processo é uma habilidade reflexiva associada à ação, e é recomendável que os sujeitos reflitam sobre os seus

pensamentos durante as suas ações. Tal fato caracteriza a complexidade deste processo, uma vez considerados os modelos mentais de cada sujeito em consonância com a aprendizagem em equipe.⁴⁵

[...] que o processo de aprendizagem organizacional se dá muito pela **observação e modelagem do comportamento dos outros**. Há estudos que demonstram isso, a decisão pela compra, pela incorporação de um novo equipamento, é frequentemente baseada pela **repetição do comportamento** de um concorrente ou de outra organização. E6C3 (grifo nosso).

Assim, a aprendizagem está associada a habilidades que, por sua vez, relacionam-se ao que é praticado, à execução de atividades planejadas ou rotineiras e, assim, não estão descoladas dos modelos mentais dos sujeitos. No contexto de uma dada organização, para desenvolver habilidades ou mudá-las é requerida a habilidade de aprender em equipe.

O conceito de aprendizagem organizacional encontrado aqui apresenta-se como um processo contínuo, que vai além da soma da aprendizagem individual dos integrantes. Tal processo é caracterizado pela interação entre indivíduos e entre grupos de trabalho inseridos em sistemas sociais e tecnológicos e capazes de criar conhecimento e gerar mudança nas ações organizacionais.

[...] uma **pessoa** não é a mesma em qualquer grupo, se está **sozinha**, se está na **família**, no **trabalho**, com **amigos**, **as pessoas se transformam de acordo com o grupo**. E6C3 (grifo nosso).

Um ambiente propício ao aprendizado depende dos modelos mentais dos sujeitos que o integram, e referências associadas a tal assertiva são encontradas nas falas dos entrevistados.

[...] é um pensamento que prevalece **de coisas pré-fixadas e com resistência grande a mudanças**, [...] é funcionar sobre o primado de mudanças, de transformações. E3C1 (grifo nosso).

Os **modelos mentais** são as ideias, as generalizações, os pressupostos profundamente arraigados que influenciam a forma com que os sujeitos veem o mundo e suas relações. A **aprendizagem em equipe** é a capacidade de os indivíduos deixarem de lado

⁴⁵ O ato de aprender está associado à “nossa forma de pensar, com o que realmente queremos, e como interagimos e aprendemos uns com os outros” (SENGE, 2010, p. 37).

suas ideias preconcebidas (i.e. modelo mental) e pensarem conjuntamente (i.e. habilidades interpessoais), visando, com isto, alcançar os resultados que julgam desejáveis.

[...] é a **troca de experiência** entre os membros da rede, [...] para **aprender com os processos dos outros**, então, é um **processo de aprendizagem coletivo** entre os membros, dentro dessa rede, um processo de aprendizagem. E₁₆C₁₁ (grifo nosso).

Como dito, este núcleo de sentido busca perceber a visão dos entrevistados sobre quais habilidades influenciam atitudes e percepções individuais relacionadas ao aprendizado em gestão hospitalar, a partir do trabalho em equipe, conseqüentemente, da colaboração entre os sujeitos na organização. As unidades de registro no contexto da aprendizagem que apresentam maior frequência para este núcleo de sentido – Modelos mentais e aprendizagem em equipe – são: experiência, informação, qualificação, curso, projeto, capacitação, questão e seminário.

Infere-se que os entrevistados percebem a interdependência de ações coletivas concretas – tais como cursos e seminários – para (re)significar crenças e comportamento inculcados na mente. As correlações entre aprendizado e atividades são dependentes do agrupamento para que os sujeitos (re)signifiquem as suas crenças. A partir da oferta de atividades como cursos, a aprendizagem é um processo que pode ser estimulado externamente, por meio de habilidades interpessoais, mas se concretiza por meio de habilidades reflexivas de cada indivíduo. As interdependências entre habilidade reflexiva e habilidade interpessoal cotejam o grau de compreensão dos entrevistados em relação ao sentido que eles dão ao processo de aprendizagem como o ato de transcendência da mente e, não apenas, o de internalização de informações⁴⁶ sem a reflexão e o diálogo.

As informações indicam que os entrevistados vislumbram uma aderência à proposta de atuação da Rede InovarH-BA para promover a aprendizagem organizacional, pois as deliberações e as atividades realizam-se por meio de sucessivas ações coletivas, a partir dos

⁴⁶ Em relação à aprendizagem e aos modelos mentais, cabe aqui diferenciar o sentido dado por Takeuchi e Nonaka e por Senge para o termo “internalização”. Segundo Takeuchi e Nonaka (2008), internalização é uma das etapas de conversão do conhecimento na qual o sujeito, em contato com o conhecimento explícito, apreende-o, (re) significa-o e transforma-o em conhecimento tácito. Para Senge, por outro lado, “internalização de informações” está associada ao contato superficial do sujeito, sem transformar a informação em conhecimento. Senge (2010, p. 41) faz uma analogia do ato de internalização de informações ao de “uma imagem de uma pessoa sentada de forma passiva em uma sala de aula, ouvindo, seguindo instruções e tentando agradar o professor ao evitar cometer erros”. É Senge quem nos alerta para a mudança de mentalidade como a transcendência dos modelos mentais rígidos (i.e. a metanoia). Para Senge (2010), o grande desafio da aprendizagem é incorporar a metanoia.

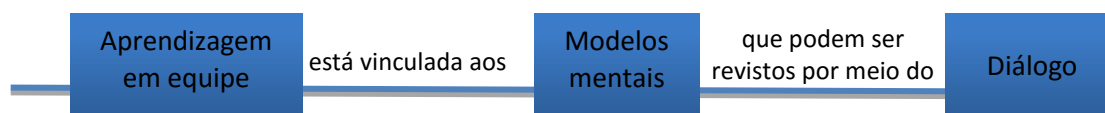
significados que cada integrante da rede detém sobre a ação organizacional. Infere-se que essa interdependência entre o individual e o coletivo resulta na formulação das ações organizacionais (i.e. de um planejamento estratégico com a definição da missão, visão, estratégias, objetivos, metas). No entanto, essas ações são viabilizadas por meio de atividades e processos de maneira colaborativa entre os sujeitos que as operacionalizam.

[...] **mecanismos que favoreçam a cooperação** entre os atores em uma rede, através de um estímulo por setores, que fazem a gestão do ponto de vista mais geral, e segundo, também, através de um mecanismo de **mobilização interna** de cada uma das instituições participantes. **E₃C₁** (grifo nosso).

Para finalizar essa análise, tanto as palavras de Bohn, Factor e Garret (1991) quanto as de Senge (2010) elucidam as dificuldades dos sujeitos contemporâneos ao praticar as habilidades reflexivas e interpessoais. Para Bohm e seus colegas, o tipo de diálogo sugerido é aquele que acontece quando o grupo se posiciona sentado, preferencialmente em círculo e as pessoas falam umas com as outras. Em geral, tal contexto não acontece na dinâmica cotidiana das organizações do século 21.⁴⁷

A partir da fala dos entrevistados, pode-se perceber as correlações entre aprendizagem em equipe e modelos mentais, bem como os desafios para a criação, na Rede InovarH-BA, de um ambiente propício à aprendizagem, mantido com a assunção, por parte de seus integrantes, de modelos mentais que estimulem o compartilhamento. A superação de tais desafios é sobremaneira facilitada pela prática do diálogo (Figura 12).

Figura 12- Síntese de questões discutidas no NS4



Fonte: elaborado pelo autor em 2012.

⁴⁷ “Alguma noção do significado de tal diálogo pode ser encontrada em relatos sobre grupos de caçadores primitivos, [...], que, quando se encontravam para conversar, não tinham agenda aparente, nem propósito pré-determinado. No entanto, tais encontros pareciam **promover e reforçar um tipo de laço coeso ou camaradagem**, que permitia aos participantes saber o que era requerido deles sem a necessidade de instruções ou muito intercâmbio verbal. Em outras palavras, o que pode ser chamado de **cultura coerente**, de **sentido partilhado** emergia dentro desses grupos. É possível que esta coerência tenha existido no passado nas comunidades humanas, **antes que a tecnologia começasse a mediar nossa experiência do mundo vivo**” (BOHM; FACTOR; GARRET, 1991, p. 4, grifo nosso).

Como dito, esta categoria tomou como base as cinco disciplinas propostas por Senge como uma possibilidade para despertar, entre as organizações, a promoção de laços coesos e sentidos compartilhados, a fim de solucionar a complexidade dos fenômenos organizacionais. Nesta seção, tratamos de duas das cinco disciplinas preconizadas por Senge. O próximo núcleo de sentido aborda mais duas disciplinas (i.e. Domínio Pessoal e Visão Compartilhada), que são caracterizadas, nesta tese, como meios de aprendizagem.

5.1.3.2 Núcleo de Sentido 5 - Domínio Pessoal e Visão Compartilhada

As organizações que aprendem dependem da ação das pessoas criando resultados desejados a partir da expansão de suas capacidades. Para tanto, como visto no núcleo de sentido anterior, é necessário estimular padrões de pensamentos novos e abrangentes no âmbito organizacional, com vistas à aspiração coletiva de ganhar liberdade e, conseqüentemente, as pessoas aprenderem continuamente e de forma colaborativa. A essência dessas organizações consiste em um ciclo intenso de aprendizado. Esse ciclo caracteriza-se como um processo de desenvolvimento de capacidades e habilidades individuais e coletivas, possibilitando aos integrantes a criação de novas percepções e sensibilidades a respeito da realidade que vivenciam.

A aprendizagem organizacional depende do envolvimento da alta gestão. Para fomentá-la, a liderança organizacional estimula aspectos do ciclo de aprendizado, quais sejam: visão compartilhada e domínio pessoal.

Para o desenvolvimento de uma **visão compartilhada**, os integrantes da organização recorrem a um propósito e a um comprometimento comuns para que a organização continue aprendendo. É por meio desta visão, através de um processo aceito voluntariamente por todos, que se reúnem as condições para o crescimento individual, grupal e organizacional.

[...] o que seria mais efetivo no compartilhamento é o **contato continuado**, é a **conversa do dia-a-dia**, é o **contato frequente**; [...], realmente uma rede que interaja cotidianamente. Eu acho que o procedimento mais efetivo para produzir a troca de conhecimentos e informação seria esse **relacionamento interpessoal**, que pode ser **mediado pela internet**. E₆C₃(grifo nosso).

Para desenvolver o **domínio pessoal**, os integrantes de uma organização continuamente esclarecem e aprofundam as suas **visões** pessoais, concentram as suas energias nos seus desejos e analisam, objetivamente, a realidade, no sentido de alinhar suas ações ao bem comum. São condições para este desenvolvimento que os indivíduos tenham um espírito aberto à realidade com atitudes criativas e não reativas.

Levando em conta o exposto, a proposta deste núcleo de sentido é extrair das falas dos entrevistados sugestões para promover a co-criação e a visão compartilhada por equipe e individual. Nesse sentido, optou-se por denominar este núcleo de sentido “Domínio pessoal e visão compartilhada”, os quais são entendidos como disciplinas ou habilidades para a aprendizagem.

A disciplina **Domínio pessoal** foi proposta a partir da compreensão de que os sujeitos colocam em ação a habilidade de aprender para gerar e sustentar aquilo que desejam em consonância com aquilo que está posto, e assim, decorre uma tensão criativa.⁴⁸

Em geral, o processo criativo se inicia a partir de uma reflexão sobre um dado propósito. Tal reflexão requer do sujeito cognoscente pesquisar, em diversas fontes, dados e informações para gerar um conhecimento, visando solucionar questões ou problemas. Supõe-se que essa investigação se caracteriza como uma curiosidade e se efetiva por meio de um processo de comunicação.

Dificuldades em relação a esta prática são encontradas nas falas dos entrevistados.

[...] Notei que a difusão dos dados e informações gerados nos hospitais se davam em razão da obrigatoriedade da prestação de contas junto as esferas governamentais, e não para compartilhá-lo com a finalidade de gerar conhecimento e criar inovação nesses serviços. **E₁₈C₁₃**.

[...] informação é poder e não há interesse de gerar informações para produzir conhecimento e perder o poder, poder técnico dos médicos, e dos demais profissionais de saúde também, da enfermagem, da fisioterapia, enfim da equipe de saúde e da equipe administrativa. **E₄B₃**.

⁴⁸ “as pessoas que possuem **alto nível de domínio pessoal compartilham várias características básicas**. Elas têm um **senso de propósito** especial que está por trás das suas visões e metas. Para elas, uma visão é um chamado, não apenas uma boa ideia. Elas veem a ‘realidade atual’ como uma aliada, não como uma inimiga. Elas aprenderam a **perceber e trabalhar com as forças da mudança, em vez de resistir a elas**. São profundamente **curiosas**, continuamente comprometidas a **ver a realidade** de forma cada vez mais precisa. **Sentem-se conectadas aos outros e à vida em si**. No entanto, não sacrificam sua singularidade. **Acreditam ser parte de um processo criativo maior, o qual pode ser influenciado, mas não pode ser controlado unilateralmente**” (SENGE, 2010, p. 181, grifo nosso).

Assim, as falas dos entrevistados evidenciaram as dificuldades de desenvolver uma visão compartilhada e de estabelecer uma tensão criativa. As unidades de registro que apresentam maior frequência neste núcleo de sentido são: ação, necessidade, visão, discussão, atitude cooperativa, perfil, compromisso, envolvimento, foco, iniciativa, motivação e sentido.

A raiz para desenvolver a disciplina domínio pessoal reside no indivíduo. Tal assertiva implica a criação de conhecimento, visando qualificar o indivíduo para analisar uma dada realidade instituída. Compreende-se que uma análise pessoal se processa por meio de uma reflexão, fruto do pensamento.⁴⁹ Logo, o domínio pessoal está associado ao autoconhecimento, em estabelecer objetivos e perceber a realidade de forma objetiva. Assim, é necessário incorporar dois movimentos, quais sejam: “o primeiro é o contínuo esclarecimento do que é importante para nós. [...]. O segundo é aprender continuamente como ver a realidade atual com mais clareza” (SENGE, 2010, p. 180).

Nesta análise, para a incorporação do primeiro movimento, as fontes de informação favorecem esclarecer os questionamentos e o autoconhecimento dos indivíduos e contribuem para a capacidade de criação e reflexão destes. Essas fontes são compreendidas como a procedência física da informação ou o local onde uma informação pode ser encontrada (i.e. pessoa, instituição ou documento).

[...] O e-mail já é largamente utilizado, o site de notícias, etc. As relações... o chat, **as conversas são menos utilizadas, os fóruns têm uma baixa adesão.** Porque as pessoas têm ainda a impressão que o trabalho que se faz nas horas vagas, como se **acessar a web** para esse tipo de contato não fosse [...] **discutir e interagir com os colegas.** [...] a mesma coisa, você tem que reservar o tempo para ficar em frente ao computador, para ficar interagindo com os outros à frente do computador. [...] isso, realmente, não existe ainda, nesse sentido, dessa relação através da máquina, mas acho que é a tendência, **é uma questão de tempo** e, sobretudo, uma **questão de nova geração.** E6C3 (grifo nosso).

Para os indivíduos incorporarem o segundo movimento, a comunicação torna-se fator indispensável. A capacidade comunicativa resulta em uma melhor organização dos indivíduos coletivamente e estabelece a matriz mental necessária para o pensamento e o raciocínio.

⁴⁹ A palavra pensamento representa um produto do “intelecto consciente” associado a “sentimentos, em ações, intenções e desejos” (BOHM; FACTOR; GARRET, 1991, p. 2).

[...] haja interação entre segmentos, entre **peças que têm experiências**, formação muito diferentes, é preciso **colocar essas peças em contato direto**, começar a **estabelecer linguagens comuns**. E₃C₁ (grifo nosso).

[...] a gente não tem cultura de funcionamento em rede das unidades dependentes, é cada unidade atuada de forma bastante isolada, infelizmente. Eu acho que a gente precisa, justamente, fomentar essa atuação de forma articulada e em rede das unidades de saúde. E₁₇C₁₂.

Vale lembrar que o processo de comunicação perpassa toda a fase da história humana e, na época atual, é evidenciado como um suporte para melhor estabelecer redes entre sistemas (i.e. redes neuronais entre sistema cerebral, e redes humanas entre sistemas sociais). Noção esta que cobre uma multidisciplinaridade de sentidos, considerada como “figura emblemática da sociedade do Terceiro Milênio” (MATTELART; MATTELART, 2003, p. 10).

[...] a **adaptação** a essa nova **realidade mental, cultural, comportamental** é comum em outro lugar. Então qualquer processo de inovação, hoje, que lide com esta ferramenta tem as dificuldades naturais da geração que não lida com a **internet**, e que é uma coisa que ainda está sendo muito estudada em muitos lugares. E₁₅B₅(grifo nosso).

A comunicação pode ser vista como um fenômeno propulsor do desenvolvimento do domínio pessoal e da visão compartilhada. Em relação ao domínio pessoal, a comunicação viabiliza o diálogo do sujeito consigo e com os outros; leva o indivíduo às fontes de informação e potencializa a criação de conhecimento.

Por meio dos recortes das falas dos entrevistados citadas nesta seção, é possível perceber limitações relacionadas ao uso de tecnologias de informação e comunicação. Estas são compreendidas como meios para acessar fontes de informações, as quais potencializam o aprimoramento do domínio pessoal e viabilizam o compartilhamento de visões. Na fala do respondente E₁B₁ é evidenciada a barreira cognitiva dos sujeitos no uso de redes telemáticas, representando um obstáculo para o processo criativo.

[...] **cognitiva** do indivíduo da microinformática, porque, cada vez mais, nas redes, as pessoas se encontram muito pouco, é tudo por e-mail, é tudo por videoconferência, essa **limitação cognitiva é geracional**, as pessoas estão usando esses mecanismos de comunicação ou não [...]. E₁B₁ (grifo nosso).

Infere-se, então, que, no processo criativo (i. e. a criação do conhecimento), as fontes de informação e a comunicação possibilitam a aprendizagem. A aprendizagem enquanto um fenômeno cognitivo se concretiza por meio de mudanças comportamentais dos sujeitos. E, assim, se nós humanos estamos em constante aprendizado, por que é difícil mudar? E, quando estamos reunidos organizacional ou coletivamente, a mudança torna-se mais rara de se processar?

Considerando que as pessoas aprendem por vontade própria e desde que tenham um objetivo concreto e legítimo. Logo, os indivíduos da organização carecem desenvolver um propósito e um comprometimento comuns para que a organização continue aprendendo. É por meio deste propósito que se reúnem as condições para o crescimento individual, grupal e organizacional, através de um processo aceito voluntariamente por todos. Tais condições são dependes de uma liderança eficaz e da construção de visões compartilhadas e coadunam com as frequências das unidades de registros quantificadas.

Para passar da visão individual de cada componente de um grupo para uma visão compartilhada, é preciso a interconexão das visões individuais. Assim, o desafio para a prática da visão compartilhada é promover entre as pessoas habilidades relacionais para descobrir ‘imagens do futuro’ de forma compartilhada, estimulando-as a um “compromisso genuíno”. Assim, a visão compartilhada potencialmente se estabeleça entre os membros de uma organização.

[...] Porque tem uns discursos que a gente faz, então, mas eles não são à toa quando eles ficam insistentes, e ficam meio que repetido na fala de todos. É porque todos têm a mesma visão daquilo ali. **E11C8.**

Infere-se que, de acordo com o núcleo de sentido anterior, por meio de reuniões, fóruns, espaços presenciais e virtuais, as pessoas têm oportunidade de compartilhar as suas visões pessoais.

[...] hoje já existe uma série de seminários, de experiências, de cursos que tem avançado nesse relacionamento. **E15B5.**

Tal oportunidade se caracteriza como um processo de criação de visão e exige que tal processo se estabeleça como uma rotina organizacional. Isto posto, esse processo se distingue como sistêmico, congruente e contínuo.

A aprendizagem organizacional ocorre quando há compartilhamento das visões individuais entre todos os níveis da organização. Assim, é possível criar uma identidade comum entre os diferentes sujeitos organizacionais. A análise e discussão deste núcleo de sentido, resultantes das frequências das unidades de registro e de trechos das falas dos entrevistados, revelam que esses acreditam em meios de aprendizagem para as mudanças das ações organizacionais, se necessário.

Interpreta-se que essas mudanças acontecem desde que a visão pessoal, genuína, seja superada por uma visão organizacional. Tal visão se caracteriza por meio das ações pessoais, visando alcançar metas específicas, mensuráveis, relevantes e finalísticas. Para tanto, é proeminente a consciência do papel de cada um para atingir os resultados organizacionais e a existência de boas relações intra e inter-organizacional. No entanto, investimentos, sobretudo em qualificação, além de vontade política, estímulo a um alto volume de sugestões e ideias dos colaboradores são necessários.

[...] eu acho que essa constituição em rede precisa de instrumental, de investimento. Primeiro, definição política. Decisão política é importantíssima. Segundo, ela precisa de um sentido pedagógico ideológico e todos os dirigentes no sentido de fazer isso. E18C13.

Por fim, infere-se que os entrevistados sinalizam que a Rede InovarH-BA propicia meios para a aprendizagem (i.e. os instrumentos operacionais) e, assim, para que esses profissionais dos hospitais baianos criem resultados desejados a partir da expansão das capacidades (i.e. domínio pessoal e visão compartilhada). Desenvolver essas capacidades significa promover a co-criação e a visão compartilhada por equipe e individual. Tal promoção requer estruturas organizacionais baseadas em equipe.

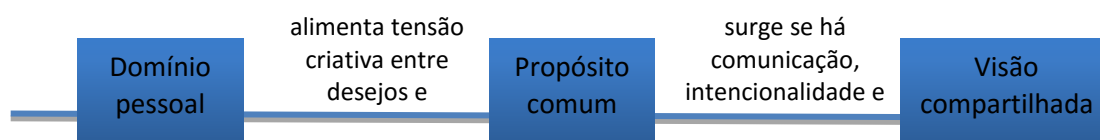
A estrutura organizacional pode ser concebida de diversas formas, entende-se, que ela favorece a aprendizagem, quando é concebida a partir de uma visão compartilhada e sistêmica. Nesta perspectiva, os gestores tornam-se responsáveis para direcionar o ato de presenciar dos sujeitos organizacionais, e despertar nesses esforços para experienciar ações e compartilhá-las com os demais do grupo organizacional.

[...] você vê todo um potencial de melhorar a gestão do conhecimento a medida que esse conhecimento é coletivizado, compartilhado, que você, em vez de ficar com as suas experiências, e sim conduzir as suas experiências somadas às diversas outras instituições que tem os mesmos problemas, as mesmas dificuldades, os

mesmos casos, então que isso traz oportunidade muito grande para o aprendizado. **EzBz.**

A intencionalidade para alcançar resultados coletivos demanda das pessoas a busca de disciplinas ou tecnologias componentes (i.e. modelos mentais, aprendizagem em equipe, domínio pessoal e visão compartilhada) de forma sistêmica. Assim, a visão proposta nos planejamentos estratégicos organizacionais sai do campo das proposições e se concretiza, resultando em uma identidade forte entre os integrantes de uma organização. Assim, alinhando os aportes conceituais e a compreensão das falas dos entrevistados, a análise deste núcleo de sentido são sintetizadas na Figura 13.

Figura 13 - Síntese de questões discutidas no NS5



Fonte: elaborado pelo autor em 2012.

Se em uma organização há ambiente para o aprendizado em equipe, é dada atenção para fomentar modelos mentais abertos, colaborativos, que estabeleçam uma tensão criativa entre desejos e realidade, e haja abertura para compartilhamento de visões, então, espera-se que os integrantes desta organização desenvolvam o pensamento sistêmico. Pensar de forma sistêmica é uma forma pela qual os indivíduos se percebem e se percebem em seu mundo.

Assim, passamos para a análise e discussão do último núcleo de sentido desta categoria: Pensamento Sistêmico.

5.1.3.3 Núcleo de Sentido 6 - Pensamento Sistêmico

Os líderes e integrantes das organizações em aprendizagem as consideram como um sistema no qual o trabalho de cada pessoa afeta o trabalho de todas e como uma parte de vários e diferentes sistemas integrados. Tal premissa pressupõe a procura da essência dos problemas, o que requer dos membros a capacidade de desenvolver e manter cenários de

interação em suas mentes e estar atentos aos ambientes interno e externo. A ausência de ações nestas bases, voltadas para a qualificação da gestão hospitalar, é destacada por um dos entrevistados.

[...] Ainda não há, no ministério, uma iniciativa mais sistemática e mais costurada com vistas à qualificação da gestão hospitalar. E₁₁C₈.

O pensamento sistêmico é a capacidade de perceber que as ações são inter-relacionadas. Ao pensamento sistêmico, subjaz a compreensão de que tudo está interligado e de que as organizações são sistemas inseridos no contexto do pensamento complexo. Uma metáfora para representar este pensamento é a do holograma, “a imagem tridimensional criada pela interação de diversas fontes de luz” e por espelhos (SENGE, 2010, p. 262). Tal metáfora se coaduna com um dos princípios do pensamento complexo de Morin (2007), o hologramático.

Neste núcleo de sentido, procura-se cotejar as falas dos sujeitos e suas percepções sobre a aprendizagem organizacional como um processo dependente de ações intra e inter-relacionadas às organizações hospitalares, considerando-se os indivíduos que as compõem. Pois, infere-se que, para tais ações se efetivarem, as mesmas são dependentes da interação dos indivíduos no contexto da articulação deles no coletivo.

O pensamento sistêmico envolve as demais tecnologias componentes abordadas no NS4 e NS5. Parte-se da premissa de que o aprendizado se dá, inicialmente, no indivíduo; de que é decorrente de ações generativas; e de que estas, por sua vez, são dependentes de adaptações, o que exige flexibilidade.

Em relação à compreensão de sistema e de rede, um dos entrevistados ressalta a diferença entre estes conceitos com base na emergência de novas relações, próprias das redes.

[...] há uma confusão entre o conceito de rede e o conceito de sistemas. Muitas vezes se repete e adota o conceito de rede como sistema, no entanto, são diferentes: **a rede implica a emergência de novas relações que não estão inerentes ao conceito de sistema.** A ideia de emergência [...] que são características, atributos, que não estão presentes nos elementos, nos membros que compõem a rede, mas que surgem da interação. E₆C₃ (grifo nosso).

Tal fala coloca o foco não só nos indivíduos, mas no potencial de inovação que surge da interação entre eles.

A análise das unidades de registro mais frequente neste núcleo de sentido aponta para a necessidade de um esforço no sentido de promover a interação e compartilhamento dos integrantes da Rede InovarH-BA. As unidades de registro mais evidenciadas são: conhecimento, troca de conhecimento, compartilhamento, complexidade, troca, colaboração, cultura, boas práticas, compartilhamento de conhecimento e prática.

Destacam-se, aqui, algumas percepções dos entrevistados que ratificam as unidades de registro quantificadas para este núcleo de sentido:

[...] o que seria mais efetivo no compartilhamento é o **contato continuado**, com **contatos informais** [...] mais do que elaboração de **relatórios, leitura de artigos, de documentos**, ou **discussões formais**. A conversa do dia-a-dia, frequente de uma rede que interaja cotidianamente... Eu acho que o procedimento mais efetivo para produzir a **troca de conhecimentos e informação** seria esse **relacionamento interpessoal**, pode ser **mediado pela internet**. **E6C3** (grifo nosso);

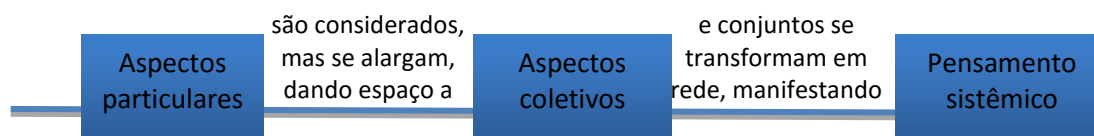
[...] é uma organização que lida com aspectos éticos, psicológicos, cognitivos, sociais, econômicos, biológicos, é uma **organização muito complexa**. **E6C3** (grifo nosso);

[...] O conceito de horizontalidade pressupõe uma universalidade entre os pontos da rede que não existe. Cada ponto da rede está situado num plano diferente. Nem a horizontalidade ajuda a compreender o conceito de rede. **E15B5**.

Uma organização que tenha adotado e incorporado o pensamento sistêmico, na definição de suas diretrizes e procedimentos, busca soluções que atendam, com qualidade, ao maior número possível de aspectos. Mas, além desta constante busca de pensar o todo sem descuidar das particularidades do individual, o pensamento sistêmico alimenta os processos de retroalimentação, aprendendo com os erros e acertos, (re) visando seus princípios (Figura 14).

Na fala dos entrevistados, percebe-se que esta convivência saudável entre a universalização e a particularização existe como ideal para a Rede InovarH-BA, mas, no estágio atual, ainda prevalece a fragmentação em relação à coesão e ao compartilhamento, qualidades estas necessárias para que a mera reunião de organizações possa se transformar, de fato, em uma rede.

Figura 14 - Síntese de questões discutidas no NS6



Fonte: elaborado pelo autor em 2012.

Estruturas horizontalizadas, concebidas com base no pensamento sistêmico, podem ser vistas como inovações gerenciais, o que será tratado no próximo núcleo de sentido.

5.1.4 Categoria 3 ↔ Inovação Gerencial

Nesta etapa da apresentação dos resultados, são analisados os núcleos de sentidos compreendidos na categoria Inovação Gerencial. A análise desta categoria considera as bases conceituais do Manual de Oslo, consultando-se a sua segunda e terceira edições (OCDE/FINEP, 2004, 2005), para tecer homologias com o conteúdo das falas dos entrevistados.

As inovações gerenciais nos hospitais conjugam vantagens políticas, sociais e técnicas e agregam valores nos processos assistenciais e administrativos; por conseguinte, promovem crescimento, desenvolvimento e efetividade da competitividade nos processos de produção. Compreende-se esta natureza de inovação como a implementação de novas estruturas organizacionais; como a introdução de novos meios e técnicas capazes de reestruturar serviços, processos de trabalho e trocas de bens tangíveis e intangíveis; ou como a incorporação de novas orientações estratégicas.

Assim, por meio da análise desta categoria, busca-se verificar como os sujeitos entrevistados percebem o desenvolvimento de inovações gerenciais na Rede InovarH-BA ou o seu potencial para criá-las ou difundi-las. Considerando que, do ponto de vista de inovação gerencial para esta Rede, as organizações hospitalares desenvolverão tais inovações em parceria, assim, ao serem difundidas, tais inovações passam a compor o repertório de inovação da própria Rede. Conforme apresentado no Capítulo 2, a proposta da Rede InovarH-BA inclui ações que resultam em intervenções relevantes, direcionadas a inovações gerenciais hospitalares.

Procura-se entender, por meio dos núcleos de sentidos desta categoria, se a existência da Rede InovarH-BA:

a) estimula a geração de novas estruturas organizacionais ou a melhoria das estruturas (e.g. parcerias, modalidades de gestão, composições para práticas de negócios) existentes nos hospitais ou entre eles (**Inovação em estruturas organizacionais – NS7**);

b) proporciona o surgimento de técnicas de gerenciamento avançadas (e.g. *home Page*, sistemas de recuperação da informação, disseminação de boas práticas) (**Técnicas de gerenciamento avançadas – NS8**);

c) incentiva a implantação de orientações novas ou substancialmente alteradas em hospitais ou nas relações entre eles (e.g. plano de metas com diretrizes e estratégias definidas e atualizadas, métodos organizacionais nas relações externas) (**Novas orientações estratégicas – NS9**).

A partir da quantificação das unidades de registros (Tabela 2), o núcleo de sentido referenciado com maior frequência nas falas dos entrevistados foi “Técnicas de gerenciamento avançadas”, seguido do núcleo de sentido “Novas orientações estratégicas”. Isto posto, parte-se para a análise dos três núcleos de sentido pertinentes a esta categoria.

5.1.4.1 Núcleo de Sentido 7 - Inovação em Estruturas Organizacionais

O Manual de Oslo (OCDE/FINEP, 2005, p. 38), em sua terceira edição, destaca que, para possibilitar uma inovação organizacional, é preciso reconhecer “o papel das estruturas organizacionais, dos processos de aprendizado e da adaptação a mudanças na tecnologia e no meio-ambiente (estas incluem a estrutura institucional e os mercados)”. Assim, supõe-se que os gestores atualizem estruturas organizacionais e, com isso, dinamizem o fluxo das informações para desafiar a competitividade dos negócios/serviços. Tais estruturas possibilitam a sustentabilidade do empreendimento, resultando em produtos (i.e. bens ou serviços) mais amplamente adotados por parte dos públicos-alvo.

Nesta perspectiva, a competitividade está relacionada à capacidade dos gestores das organizações implantarem estruturas organizacionais significativamente alteradas. Assim, na análise deste núcleo de sentido, o objetivo central é perceber, por meio das falas dos entrevistados, se a Rede InovarH-BA estimula a geração de novas estruturas organizacionais ou a melhoria das estruturas existentes nos hospitais ou entre eles (i.e. contatos, parcerias,

capital social ou de rede, modalidades de gestão, práticas de negócios). Dentre as unidades de registro quantificadas no contexto deste núcleo de sentido, destacam-se: estrutura, sistema de informação, estruturação, área, espaço, forma, resultados e incorporação.

[...] uma arquitetura que deveria ser sistematizada, ou seja, eu, como usuário, deveria contar com um **sistema** – que até pode usar com pessoa, **não sempre precisa ser máquina** – que saiba onde procurar e que saiba dar respostas. **E14C10** (grifo nosso).

[...] formas de organização e estruturação de um sistema, desde modelos assistenciais que venham atender ao perfil da integralidade. Então aí a rede, às vezes, elas entram para compor o que seria a integração e dessas várias pontas do sistema: atenção básica, atenção secundária e atenção terciária. [...] a rede, a lógica de constituição dessas redes dentro do sistema, seria pra **atender a essa integração**, atender o que seriam esses princípios que o SUS defende: da integralidade, da universalidade. **E16C11** (grifo nosso).

A análise das falas dos entrevistados evidenciam que os entrevistados consideram que a participação das organizações hospitalares na Rede InovarH-BA potencializa conhecer novas modalidades de inovação gerencial, indicando uma clara tendência por estruturas organizacionais descentralizadas e com gestão participativa. Tal inferência leva à interpretação da possibilidade de a Rede InovarH-BA difundir essas práticas de inovações gerenciais.

[...] essa rede, [...], nesse sentido que nós estamos falando, ela deveria constituir também como um **campi de interação** de **troca, compartilhamento, saberes e técnicas**. **E18C13** (grifo nosso).

Em tempos de uma economia baseada no conhecimento, as organizações esforçam-se para desenvolver ações voltadas ao acesso a informações. Para tanto, estruturas organizacionais horizontalizadas permitem o fluxo de informações de maneira sistêmica e não hierárquica. Um fluxo desta natureza conduz à geração de inovações, mas depende da interação dos sujeitos no âmbito interno e externo das organizações. Assim, é pertinente estabelecer um estilo de liderança que avalie as interações dos sujeitos organizacionais, apoiando-as. A estabilidade das lideranças é necessária para apoiar tais processos de interação. Uma dificuldade apontada pelos entrevistados relaciona-se à rotatividade dos indivíduos que assumem cargos de gestores:

[...] na área pública, a profissionalização da gestão com a **estabilidade do dirigente**. Acho que **há uma rotatividade**, [...], **um jogo de ocupação de cargos por indicação política**. E₆C₃ (grifo nosso).

Assim, é possível verificar, em alguns trechos, as opiniões dos entrevistados sobre a dissonância entre o que está posto nas estruturas organizacionais e o que é preponderante para efetivar inovações nessas estruturas. Vale ressaltar que essas estruturas estão relacionadas à organização dos hospitais ou às de um sistema de saúde (i.e. do SUS).

[...] um **empobrecimento do conceito de rede**, como se rede fosse apenas um contato horizontal, sem **chamar atenção para as relações de poder que continuam existindo**, e sem chamar atenção para esse aspecto da emergência de características que são próprias da rede. E₆C₃.

[...] O SUS deveria promover [...] a formação de **colegiados** regionais, outras estratégias **de incentivos para a criação da rede**, mas há pouca **ferramenta** para esses incentivos. Ou seja, uma coisa é certa: queremos, ou gostaríamos, que tivéssemos um colegiado regional. E₁₄C₁₀ (grifo nosso).

[...] em tese, há uma discordância de grau. Um é sobre o conceito e a ideia de redes ou de **operações de rede**. Eu acho que a ideia de rede [...] subjacente, a essa ideia, **é uma rede muito harmônica, holística, universal**. Isso aí é **uma utopia**, não existe. E₁₅B₅ (grifo nosso).

Nestas falas, constata-se a complexidade para estabelecer uma estrutura horizontalizada. Tais falas se coadunam com Almeida Filho (2004), quando este salienta a adoção e a incorporação do conceito de emergência entre os gestores e profissionais que fazem a saúde de uma nação tendo em vista a perceber as diferenças entre sistemas e redes.⁵⁰

[...] mudar essa cultura, tem realmente que ter um **processo gestor**. Eu acho que, mais que um processo gestor, dentro desse processo de educação permanente, exige toda uma reestruturação, que é uma **reestruturação funcional** também, em termos, em que se possa, dentro do próprio hospital, ter uma **integração entre o ‘fazer’ e o ‘aprender’**. E₈C₅ (grifo nosso).

⁵⁰“A principal diferença entre sistema e rede é que o sistema tem uma finalidade ou teleologia enquanto a rede é não-finalística. Existem, porém, outras diferenças importantes: a **rede é fractal**, e o **sistema é dimensional**; o **sistema produz**, e a **rede capta ou captura**; o sistema é composto por partes e subsistemas, e a **rede por conexões ou nodos**. Enfim, estou querendo mostrar que, por exemplo, quando sabemos o que queremos produzir, quando temos uma ideia do que fazer, o melhor é o modelo sistêmico, mas quando esperamos **algo não-conhecido** – quando não sabemos o que pode acontecer, ou seja, **na emergência** – a rede é mais eficiente” (ALMEIDA FILHO, 2004, p. 28, grifo nosso).

Neste contexto, uma inovação organizacional acontece quando se compreende o sentido da emergência como criação. Uma referência à emergência já foi destacada numa das falas dos entrevistados quando da discussão do **NS6**. Pressupõe-se que, em estruturas horizontalizadas, existam conexões ou nodos, isto é, pessoas ou organizações, e estes podem ter um papel relevante no desempenho dos hospitais. Assim, as estruturas horizontalizadas podem criar inovações organizacionais, por meio dos sujeitos, a partir dos seus “nós ou nodos”. Essas inovações possibilitam aprimorar a eficiência laboral, imprimir qualidade das ações organizacionais, acentuar o compartilhamento de informações, afirmar as habilidades recorrentes à aprendizagem organizacional por meio da conversão dos conhecimentos e do uso de tecnologias.

No caso da Rede InovarH-BA e dos hospitais, a adoção e a incorporação de um modelo de liderança diferenciado daquele instituído na “Era do Comando” demonstra maior sintonia com a proposta de inovar gerencialmente. É fato que vivenciamos uma “Era Digital” ou “Era da Conectividade”.

[...] [ausência do trabalho] colaborativo, do trabalho em equipe, que ajude a impulsionar, inclusive, mudanças nos processos gestores, pra que eles sigam processos mais participativos, mais inclusivos, mais ágeis, que tem essa característica de instituições que estão constantemente aprendendo. Acho que a Rede InovarH, por exemplo, facilita o aprendizado permanente. **E8C5**.

Infere-se que os entrevistados percebem a necessidade de desenvolver e implantar novas estruturas organizacionais, por meio de novos métodos de gestão nas organizações hospitalares, o que se constituirá em inovações gerenciais ou poderá resultar nelas. Tal assertiva se coaduna com frequências aferidas e, assim, nota-se que, para implementar novas estruturas organizacionais, é necessária a aquisição de conhecimentos internos e externos, dependentes da construção de relações intra e interorganizacionais.

Nas falas dos entrevistados são encontradas sinalizações quanto a inovações gerenciais – implementadas ou necessárias – caracterizadas por métodos originais nas práticas organizacionais (**E3C1**), na estruturação do ambiente de trabalho (**E17C12**) e na coordenação de relacionamentos (**E2B2**).

[...] buscar **formas de participação** de setores da sociedade que não são exatamente nem governo, nem universidades ou hospitais, mas de outros setores da sociedade que pudessem **interagir com redes** desse tipo, seja com

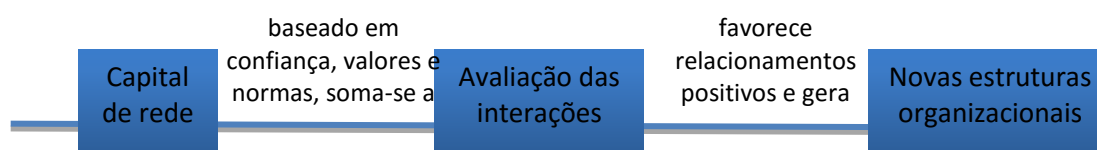
fornecedores, seja com beneficiários da atividade hospitalar, mas pra que ela tivesse também essa inserção da sociedade como um todo. **E₃C₁** (grifo nosso).

[...] uma superposição de perfis, do outro lado lacunas importantes pela falta de **planejamento articulado**, falta de uma coordenação, de uma integração das unidades. **E₁₇C₁₂** (grifo nosso).

[...] **capital social** é uma coisa muito importante, você ter, na verdade, uma **construção de relacionamento**, uma vontade de querer trabalhar junto. **E₂B₂** (grifo nosso).

Tais falas demonstram ser necessário esforço para valorizar o capital de rede, aprofundando a confiança e revendo valores e normas, simultaneamente, para implementar um processo de avaliação de interações, incentivando relacionamentos positivos (Figura 15). Assim, estarão postos os fatores para o surgimento de uma nova estrutura organizacional, uma estrutura de atuação em rede que, de *per si* já se constitui em uma inovação gerencial.

Figura 15 - Síntese de questões discutidas no NS7



Fonte: elaborado pelo autor em 2012.

Para finalizar, vale ressaltar que inovar as estruturas organizacionais demanda a adoção e incorporação de técnicas de gerenciamento para aquisição e difusão de informações, por conseguinte, para a criação de conhecimentos em gestão hospitalar. Neste sentido, na próxima seção, são apresentados os resultados do “Núcleo de Sentido 8”, intitulado ‘Técnicas de gerenciamento avançadas’.

5.1.4.2 Núcleo de Sentido 8 - Técnicas de Gerenciamento Avançadas

O foco da análise deste núcleo de sentido é investigar qual a visão dos entrevistados quanto à criação, adoção e difusão de ‘técnicas de gerenciamento avançadas’ na Rede InovarH-BA. Em outras palavras, busca-se perceber, na fala dos entrevistados, se a existência da Rede InovarH-BA proporciona o surgimento, a adoção e a difusão de técnicas de gerenciamento avançadas (i.e. *home Page*, sistemas de recuperação da informação e de gestão, protocolos de acompanhamento e avaliação).

Vale registrar que, nos setores de serviços, a inovação organizacional inclui a melhoria das rotinas e da capacidade incorporada nas organizações, desde que elas tenham resultado em mudança mensurável nos resultados. Nesta tese, não são mensuradas as mudanças nos resultados (i.e. serviços) das organizações hospitalares, pois o foco é estudar a possibilidade de a InovarH-BA promover o compartilhamento e o uso do conhecimento, visando à aprendizagem organizacional e à criação de inovações gerenciais.

Por meio das falas dos entrevistados, foram quantificadas frequências de unidades de registros, indicando uma demanda por mecanismos e práticas que podem ser associadas à gestão do conhecimento. As unidades de registro de maior frequência neste núcleo de sentido traduzem essa demanda, quais sejam: comunicação, tecnologia, mecanismo, computador, dados, evento, meio de comunicação, regulação e tecnologia da informação e da comunicação.

Analisando as relações entre estruturas em rede e gestão do conhecimento, pode-se dizer que: a) as práticas de gestão do conhecimento em geral tendem a se consolidar quando há uma estrutura organizacional em rede, mais horizontalizada; b) as redes *per se* demandam técnicas avançadas de gestão, sobretudo com base em gestão da informação e gestão de documentos.

Se, por um lado, os entrevistados, aqui exemplificados pelo sujeito E₁₆C₁₁, revelam a premência da adoção e incorporação de tecnologias e práticas associada à gestão do conhecimento. Por outro, eles demonstram a necessidade de os hospitais se munirem de “sistemas de gestão”.

[...] tem possibilidade de utilizar determinadas **ferramentas**, determinadas **tecnologias**, otimizar a utilização das tecnologias através do **ganho de escalas**. Então a rede, ela não só é importante desse ponto de vista da assistência, você trabalhar esse **fluxo das necessidades** do paciente, mas ela é uma ferramenta fundamental para **gestão administrativa**, para **inovar processos**. E₁₆C₁₁ (grifo nosso).

[...] **sistemas de informação**. Que você possa integrar e trabalhar com a produção da informação, dos dados, e **transformar aqueles dados em informação**, e aquilo lhe servir para você **tomar decisões**. E₁₆C₁₁ (grifo nosso).

Mas o que diferencia gestão do conhecimento de sistemas de gestão? Será que a gestão do conhecimento faz parte de um sistema de gestão? A gestão do conhecimento pode ser considerada uma técnica avançada de gestão?

A partir de falas dos entrevistados, nota-se que a abordagem de gestão do conhecimento congloera diversas práticas e diretrizes, muitas das quais são pautadas na aprendizagem organizacional.

[...] depoimentos, com **práticas coletivas desenvolvidas**, onde efetivamente a Rede pode chegar se ela não se limitar a uma ação, digamos, de conhecimento vertical, mas uma ação que seja, em que prevaleça a discussão entre seus pares, **o conhecimento fluído no seu nível horizontal**. E₂B₂ (grifo nosso).

[...] **para compartilhar inovações**, ou seja, **incorporação aos processos de trabalho** de novas tecnologias, tecnologias de equipamentos, [...] tecnologias no sentido de tecnologias sociais ou *software* de reorganização dos processos de trabalho. Então a ideia é um pouco de *benchmarking* da aprendizagem a partir da experiência de outros. E₆C₃ (grifo nosso).

Observa-se que o enfoque é facilitar o compartilhamento do conhecimento e sua reutilização; promover a criação de conhecimento como vocação natural; promover e incentivar a aprendizagem organizacional; executar a gestão do capital intelectual e humano, valorizando-o.

Os entrevistados expressam a necessidade de desenvolver técnicas de gerenciamento relacionadas à apreensão, aquisição, tratamento, armazenamento, disseminação e utilização de informações, visando gerar conhecimentos para as tomadas de decisões das ações organizacionais.

[...] **disponibilizando os dados**, [...], **consultar** aqueles **dados**, aí é um processo cultural que é diverso, o trabalho em rede funciona muito bem, é rápido, mas você tem que acertar, tem que **dominar a microinformática**. E₁B₁ (grifo nosso).

[...] é melhorar a **gestão do conhecimento** à medida que esse **conhecimento é coletivizado, compartilhado**, que você em vez de ficar com as suas experiências, e sim **conduzir as suas experiências somadas às diversas outras instituições** que têm os mesmos problemas. E₂B₂ (grifo nosso).

[...] no **campo da gestão**, no dia a dia, dessa descoberta e essa **disseminação** desse **conhecimento** de uma forma ou de outra, pode ser assim dessa forma, pode ser que realmente tenha um **mecanismo mais interativo** de educação à distância, de troca, realmente, de informações, acho que falta isso. Falta nós **produzirmos relatórios que não publicamos**. E₁₈C₁₃ (grifo nosso).

Há uma produção relevante de dados nos serviços de saúde, entretanto, não são transformados em informação com potencial de uso, ou seja, em conhecimento. Justifica-se essa suposição em razão da ausência da gestão da informação ou do uso efetivo de sistemas de informação, uma vez que as organizações prestadoras de serviços em saúde ainda não

assimilaram este tipo de gestão entre os seus sistemas de gestão. (CUNHA, 2005) Tal consideração implica a dedução de que essas organizações ainda não assimilaram, também, a gestão do conhecimento. Vale lembrar que a estrutura de trabalho das organizações partícipes da Rede InovarH-BA historicamente foi caracterizada por uma hierarquia bem definida e verticalizada, e tais estruturas não favorecem a gestão do conhecimento.

[...] nós temos uma tradição de instituições é seja na área acadêmica, seja na área mais social, e nos hospitais particularmente, [...] e inovação é justamente o oposto disso, é justamente é funcionar sobre o primado de mudanças de transformações então eu acho que tem é barreiras culturais nesse sentido. **E₃C₁**.

Conforme discorrido na seção 3.1.1 desta tese, há uma interdependência entre gestão do conhecimento, gestão da informação e gestão de documentos. Assim, concebe-se a gestão da informação como um processo catalisador, alicerçado em uma infraestrutura organizacional, a efetivar a gestão dos ativos intangíveis organizacionais.

[...] em todos os hospitais existem dinamismos gerenciais importantes, existe uma segmentação de mercado, existem lógicas distintas de lucratividade, que não se aplicaria ao setor público, mas conseguir ativos econômicos, de qualificação. **E₁B₁**.

A adoção e a incorporação da gestão do conhecimento como técnica de gerenciamento avançado promovem a conversão do conhecimento tácito em explícito e vice-versa, tanto no indivíduo como entre indivíduos e organizações. Ela vem estimular a modernização gerencial dos hospitais, mediante a integração de sistemas de gestão (i.e. institucional, tecnológicos e humano-comportamental). Infere-se que sistemas de gestão informatizados e incorporados aos modelos mentais dos integrantes da organização possibilitam estruturas organizacionais horizontalizadas e potencializam a interação do hospital com as demais organizações que conformam a rede dos serviços de atenção à saúde. Tal inferência se coaduna com os trechos das mensagens dos entrevistados, a saber:

[...] uma rede dessa natureza propicia os processos de aprendizagem e inovação, [...] **os hospitais dão os indicadores gerenciais**, consolida, depois devolve a todos sem identificar qual é o hospital, [...], a preocupação não é criar um *ranking* das pessoas [...]. A partir daí você identifica, bom então aqui posso melhorar, pega o telefone e liga pra o próprio hospital, passa um **e-mail**, então a rede funciona, e pergunta o que é que você está fazendo, acho que a lógica é essa, a rede funcionar e ter eficiência. **E₁B₁** (grifo nosso);

[...] qual é a forma de sair do conhecimento empírico implícito, que está dentro da cabeça dos gestores, para o conhecimento explícito, ou transmissível, que poderia ser aproveitado por outro gestor? A única forma é tentar encontrar **mecanismos de comunicação**. E₁₄C₁₀ (grifo nosso);

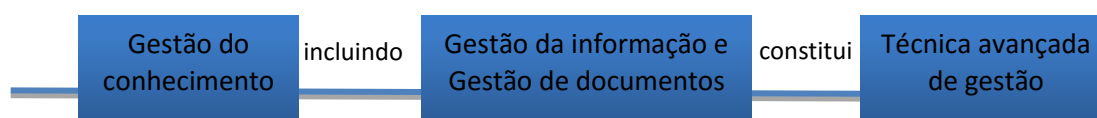
[...] a rede tem um grande potencial de **circulação de saberes**, das pessoas potencializarem e, nesse sentido, de qualificar cada uma na sua característica o ato de administrar seus serviços hospitalares. E₁B₁ (grifo nosso);

[...] Eu penso que a **cultura da comunicação**, muito forte em todas as profissões de saúde, tem o hábito do **intercâmbio**, de **congressos**, **seminários**, **publicações**. E₁₄C₁₀ (grifo nosso).

As frequências mensuradas e os extratos das falas dos entrevistados revelam que a Rede InovarH-BA possui condições de estimular os setores operacionais dos hospitais a criarem, adotarem e difundirem técnicas de gerenciamento avançadas (Tabela 2). Conforme apresentado no Capítulo 3 desta tese, os instrumentos operacionais (e.g. portal colaborativo, sistema de informação gerencial, indicadores, eventos presenciais) podem ser assimilados como técnicas desta natureza (i.e. inovações gerenciais). No entanto, a adoção e a incorporação por parte das organizações hospitalares dependem de uma série de fatores, principalmente do humano-comportamental.⁵¹

A Figura 16 apresenta uma síntese da análise do núcleo de sentido ‘Técnicas de gerenciamento avançadas’.

Figura 16 - Síntese de questões discutidas no NS8



Fonte: elaborado pelo autor em 2102.

Os oito núcleos de sentido até aqui analisados apontam que, na visão dos gestores, a Rede InovarH-BA viabiliza processos de aprendizagem organizacional e inovação gerencial, embora existam grandes deficiências. Não obstante os resultados encontrados, é importante compreender, também, o que os entrevistados pensam sobre os caminhos a serem

⁵¹ “ As atividades de inovação podem ser obstruídas por diversos fatores. Pode haver razões para que não sejam iniciadas atividades de inovação e fatores que refreiam tais atividades ou as afetam negativamente. Incluem-se fatores econômicos, como custos elevados e deficiências de demanda, fatores específicos a uma empresa, como a **carência de pessoal especializado ou de conhecimentos**, e **fatores legais**, como regulações ou regras tributárias” (OCDE/FINEP, 2004, p. 26, grifo nosso).

construídos para vencer as barreiras e os fatores relacionados às atividades inovadoras. Neste sentido, na próxima seção é apresentada a análise do núcleo de sentido intitulado 'Novas orientações estratégicas'.

5.1.4.3 Núcleo de Sentido 9 - Novas Orientações Estratégicas

Por meio da análise deste núcleo de sentido, busca-se apreender das falas dos entrevistados se a existência da Rede InovarH-BA incentiva a implantação de novas orientações estratégicas ou orientações substancialmente alteradas em hospitais ou nas relações entre eles e quais são essas orientações estratégicas para posicionar as organizações hospitalares no contexto de uma economia baseada no conhecimento (e.g. plano de metas com diretrizes e estratégias definidas e atualizadas, métodos organizacionais nas relações externas).

As unidades de registro com as maiores frequências registradas foram: inovação, disseminação, avaliação, estratégias, planejamento, qualidade, sensibilização, acompanhamento, indicadores, objetivo e tempo.

Os entrevistados sinalizam que, entre as dificuldades para a geração de inovações, encontram-se a efetivação de políticas na *práxis* dos serviços de saúde subjacentes à conciliação dessas com o ritmo de trabalho, agendas de aprendizado, a falta de recursos financeiros, inexistência de estruturas horizontalizadas, modelos mentais rígidos. As políticas existem, conforme discorrido no Capítulo 2 e na análise do NS3 desta tese, porém, para a sua efetivação, são revelados obstáculos, conforme as informações tratadas.

[...] a **relação da secretaria estadual com os hospitais**, os fomentos, quais seriam as estratégias para **fomentar as novas lógicas gerenciais** na área hospitalar. E₁B₁ (grifo nosso).

[...] uma **agenda de aprendizado**, de **trocas de conhecimento**, de melhoria da gestão pela saúde **a partir da introdução de novas práticas**, no sentido de **implementar uma nova prática na organização**, você inova. E₂B₂ (grifo nosso).

Fica evidenciado, na fala dos entrevistados, que existe uma dificuldade de interação entre os sujeitos que fazem os serviços de saúde associada a modelos mentais arraigados.

[...] é de **decisões, é políticas**, que sejam consentâneas com a importância da formação desse tipo de rede. Essas decisões devem também ter repercussão em termos de **investimentos** para que essas redes sejam formadas. Eu acho que são,

principalmente, **problemas de ordem cultural e de entendimento da importância desse tipo de atividade colaborativa que precisariam ser vencidos.** E₃C₁ (grifo nosso).

[...] **informação é poder e não há interesse de gerar informações para produzir conhecimento e perder o poder**, poder técnico dos médicos e dos demais profissionais de saúde também, da enfermagem, da fisioterapia, enfim da equipe de saúde e da equipe administrativa. [...] é um desafio muito grande, é **explicar para as pessoas para mudar mentalidade.** E₄B₃ (grifo nosso).

Interpreta-se, por meio dessas falas, em particular a do sujeito E₄B₃, o que Leone (1991) preconiza sobre obstáculos para efetivar políticas voltadas à inovação, quais sejam: organizacionais, decisórias e individuais.

Os entrevistados evidenciam a necessidade de políticas para promover o fluxo de dados e informações, para investir na formação dos profissionais em técnicas de gerenciamento avançado, para efetivar estruturas organizacionais horizontalizadas.

[...] são barreiras é desse tipo que eu acho que precisariam é ser vencidas, além da necessidade também de decisões é políticas, digamos assim que sejam consentâneas com a importância da formação desse tipo de rede. Essas decisões devem também ter repercussão em termos de investimentos para que essas redes é sejam formadas. Então eu acho que são principalmente problemas assim, de ordem cultural e de entendimento da importância é desse tipo de atividade colaborativa, que precisariam ser vencidas. E₃C₁.

Estas razões caracterizam os entraves ao desenvolvimento de qualquer atividade econômica de forma sustentável, principalmente a saúde, que é um segmento complexo e apoiado em serviços e em relacionamentos interpessoais e interorganizacionais. Entretanto, esses sujeitos entrevistados evidenciam uma inobservância por parte dos gestores públicos da importância da adoção e da incorporação das premissas estratégicas nas organizações de saúde.

[...] que manter o grupo, movido pela mesma causa, comprometido, cultivado. Se não houver uma **definição clara de qual é o objetivo e de quais são os resultados esperados.** E₇C₄ (grifo nosso).

[...] o SUS, mas **não tem um conhecimento centrado no usuário do SUS.** E₁₄C₁₀ (grifo nosso).

[...] quem mais interessa saber? [...], vamos dizer assim, quem é o **último ator desse grande mote de junção de interesses**, é o **usuário do SUS.** E₁₈C₁₃ (grifo nosso).

A contagem das frequências das unidades de registro e os fragmentos das falas extraídos das entrevistas reafirmam a necessidade de adoção e incorporação de estratégias para promover o fluxo de dados e informações e de consolidar a atuação em rede nos sistemas de saúde. Logo, interpreta-se que a assunção dessas estratégias caracteriza em si uma inovação gerencial para os hospitais. Os entrevistados revelam a eminência de políticas voltadas para tais estratégias, porém a implementação destas está vinculada às visões e decisões dos gestores.

Nas falas dos entrevistados, percebe-se uma ausência de dimensões estratégicas para efetivar as políticas e as regulamentações discorridas nesta tese sobre o SUS e as de um SLI na saúde. Tanto as políticas como as inovações gerenciais em saúde requerem canais de comunicação para difundi-las e fortalecer o processo de aprendizado na adoção e assimilação dessas entre os gestores e profissionais, e nos serviços de saúde, respectivamente. Pode-se inferir que tais canais de comunicação apresentem similaridades aos ativos do conhecimento definidos por Nonaka, Toyama e Konno (2000), citados no Capítulo 3.

As análises apontam que os entrevistados são coerentes em suas falas quando externalizam a premência de novas orientações estratégicas para as políticas e para a difusão de informações sobre inovação gerencial. Nesse contexto, os entrevistados sinalizam um posicionamento dos líderes em relação à promoção de estruturas horizontalizadas e à difusão de informações por meio de programas de aprendizagem organizacional. Este posicionamento tem como fim agenciar novos comportamentos, rotinas e formas de trabalhar nos serviços de saúde.

Como visto no Capítulo 3, a estrutura e o grau de integração organizacional são fatores que afetam diretamente a capacidade de aprendizado e, conseqüentemente, de geração de inovações. Além disso, os indivíduos serão incentivados a propor novas ideias e novas formas de realizar procedimentos, se suas práticas, rotinas e relacionamentos organizacionais ocorrerem de modo fluido e flexível. Estas são posturas que se esperam da Rede InovarH-BA, conforme ilustra as falas dos entrevistados.

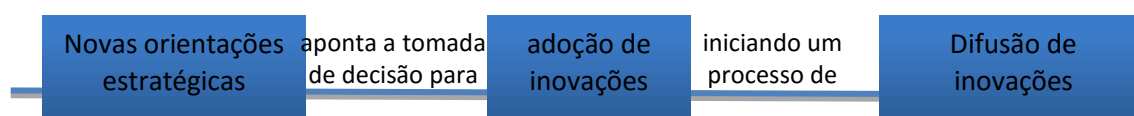
[...] mobilizar os **representantes desses diversos atores**, convencer a eles do **benefício que é o trabalho em rede**, e fazer com que eles se sintam motivados para participar das reuniões. E7C4 (grifo nosso).

[...] é preciso que algumas regras, algumas normas, algum tipo de regulamentação tenha que haver. Porque isso é importante do ponto de vista da gestão da rede. [...] é preciso que essas normas, [...] como a rede se organiza, como é que ela opera. **É preciso que seja um processo construído coletivamente, pensado, e flexível, que possa haver mudanças no sentido da sua melhoria, das inovações.** E₁₆C₁₁ (grifo nosso).

[...] quanto cada serviço tem o seu valor e tal, [...] **falta uma cultura administrativa**, porque, se pegar a iniciativa privada, da metalurgia, os **grandes executivos sentam e conversam** e os que forem **mais dinâmicos** não têm interesse em esconder suas práticas para os anteriores, porque **dinamiza** o mercado, aquela área da economia alavanca a outra e, assim, a qualidade vai se indo. E₁B₁ (grifo nosso).

A Figura 17 apresenta uma síntese da análise deste núcleo de sentido.

Figura 17 - Síntese de questões discutidas no NS9



Fonte: elaborado pelo autor em 2012.

Para finalizar a análise deste núcleo e desta categoria, volta-se à premissa desta tese: a aquisição de um novo *habitus* entre os sujeitos que conformam as organizações hospitalares. A adoção da interação entre os sujeitos por meio de uma estrutura horizontal capilarizada oportuniza o fluxo de informações e conhecimento sobre gestão hospitalar. Assim, com o foco nas organizações hospitalares integrantes da Rede InovarH-BA, na próxima seção são apresentadas as análises das informações levantadas por meio dos questionários aplicados nestas organizações.

5.2 ANÁLISE E DISCUSSÕES DOS QUESTIONÁRIOS

Como dito antes, as pesquisas de levantamento foram concebidas em dois âmbitos do sistema de saúde, de acordo com a categorização dos sistemas do pensamento complexo (MORIN, 2005a, p. 175): o âmbito micro (i.e. questionários aplicado nos hospitais), a corroborar os resultados encontrados no âmbito macro (i.e. entrevistas realizadas com gestores). Logo, os questionários foram aplicados, também, com a finalidade de complementar, ou de contrastar, os resultados das entrevistas realizadas entre os gestores dos sistemas (i.e. SUS e SLI).

O questionário foi formulado visando verificar as inter-relações das variáveis de pesquisa, ou seja, a participação dos hospitais (i.e. variável independente), a aprendizagem organizacional e inovação gerencial (i.e. variáveis dependentes) entre os sujeitos inseridos nos hospitais da Rede InovarH-BA.

Assim, esta pesquisa de levantamento procura apreender dos sujeitos inseridos nas organizações hospitalares da Rede InovarH-BA se esta promove meios para a interação com vistas a dinamizar o processo de aprendizagem organizacional e, conseqüentemente, a geração, adoção e incorporação de inovações gerenciais.

As perguntas que nortearam a formulação deste instrumento de levantamento de informações foram: 1) Quais são as iniciativas e experiências dos hospitais da Rede relacionadas a processos de aprendizagem? 2) Se existem iniciativas e experiências desta natureza, então, há iniciativas e experiências de processos de inovação gerencial entre os integrantes da Rede? 3) Por fim, se estamos tratando de uma Rede, é possível demonstrar a estrutura de algumas relações desta rede social por meio de grafos?

Reconhecida a curiosidade quanto a estes aspectos, o questionário foi concebido a partir de categorias de análise relacionadas às bases conceituais. Todas as questões foram fechadas, divididas em cinco grupos: 1) Processos de inovação gerencial, aprendizagem organizacional e interação; 2) Ferramentas e fontes de informação para aprendizagem organizacional e inovação gerencial; 3) Existência de melhorias de procedimentos gerenciais assistenciais e administrativos; 4) Relações do hospital com outras organizações hospitalares integrantes da InovarH-BA; 5) Informações sobre os respondentes (i.e. informações demográficas).

As respostas dos questionários foram transferidas para o *software Sphinx Lexicus*, que gerou as planilhas e gráficos apresentados e discutidos nesta seção. Alguns gráficos foram refeitos no *software* MS Excel. Na próxima subseção, são apresentadas as informações demográficas.

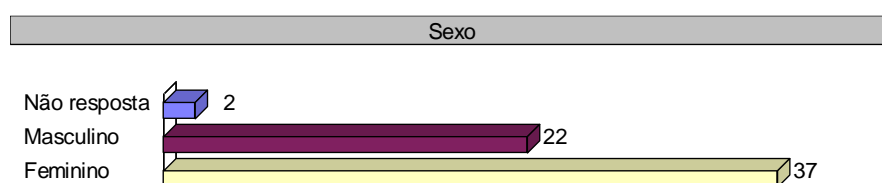
5.2.1 Perfil dos respondentes dos questionários

O questionário foi entregue em 37 organizações hospitalares integrantes da Rede InovarH-BA, contatando-se dois funcionários em cada uma dessas organizações, o que totalizou 74 questionários distribuídos. Dentre as organizações contatadas, 31 acataram a

participação na pesquisa (i.e. 83,78%) e, apenas 06 não responderam à solicitação de participação (i.e. 16,22%). Assim, dos 74 questionários distribuídos, 61 foram respondidos, representando 82,43% da população de hospitais que firmaram Termo de Acordo com a Rede InovarH-BA. Apenas 13 questionários não foram devolvidos, totalizando 17,57% da população.

Dentre os respondentes, 37 (60,7%) eram mulheres, conforme ilustrado no Gráfico 1, demonstrando a inserção de indivíduos deste gênero atuando em hospitais.

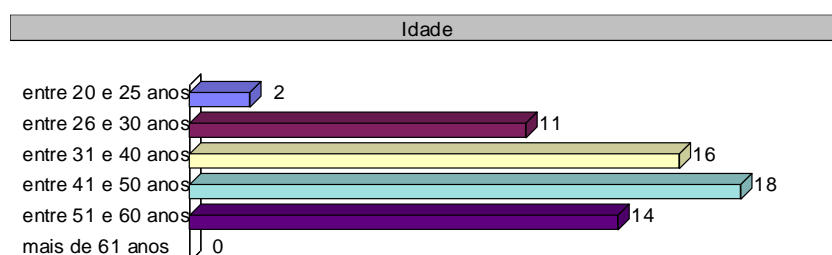
Gráfico 1 - Gráfico ilustrando o sexo dos respondentes



Fonte: elaboração do autor com base na pesquisa de levantamento em 2012.

A faixa etária dos respondentes ficou assim distribuída: 14 (23%) respondentes têm idade entre 51 e 60 anos; 18 (29,5%), entre 41 e 50 anos, 16 (26,2%), entre 31 e 40 anos e os demais, 11 (21,30%), com menos de 30 anos (Gráfico 2).

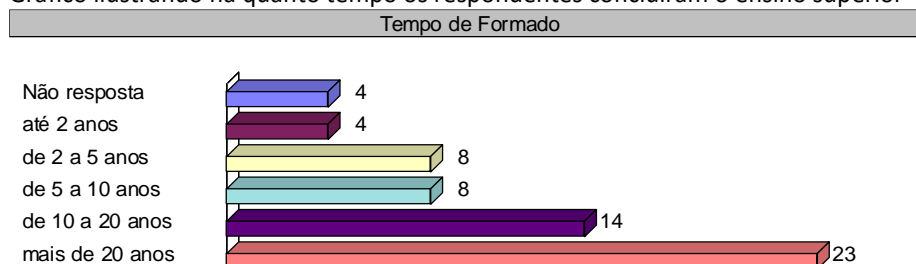
Gráfico 2 - Gráfico ilustrando a faixa de idade dos respondentes



Fonte: elaboração do autor com base na pesquisa de levantamento em 2012.

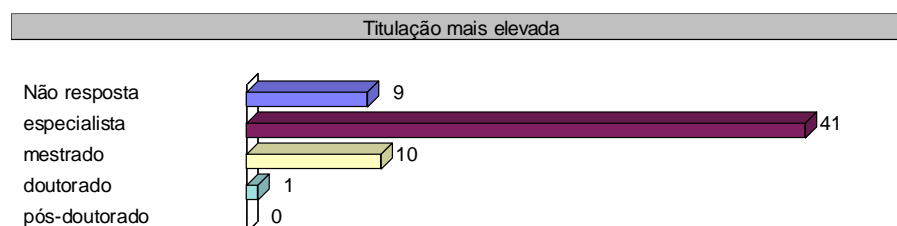
Em relação à formação acadêmica dos respondentes, as informações revelam que 37 (60,65%) concluíram o ensino superior há mais de 10 anos (Gráfico 3) e 41 (67,21%) têm titulação de especialista (Gráfico 4). Quanto ao tempo de serviço na organização hospitalar, apenas 14 (22,95%) trabalham nas organizações hospitalares há menos de 02 anos e 17 (27,86%) trabalham nessas organizações há mais de 10 anos (Gráfico 5). Quanto à função exercida, 28 (45,90%) atuam na gestão assistencial e 32 (52,45%) na gestão administrativa (Gráfico 6).

Gráfico 3 - Gráfico ilustrando há quanto tempo os respondentes concluíram o ensino superior



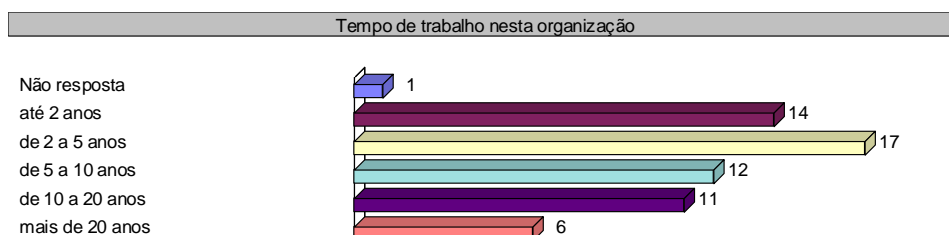
Fonte: elaboração do autor com base na pesquisa de levantamento em 2012.

Gráfico 4 - Gráfico ilustrando a titulação mais elevada dos respondentes



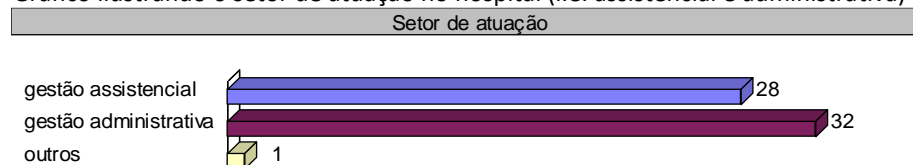
Fonte: elaboração do autor com base na pesquisa de levantamento em 2012.

Gráfico 5 - Gráfico ilustrando o tempo de trabalho dos respondentes no hospital



Fonte: elaboração do autor com base na pesquisa de levantamento em 2012.

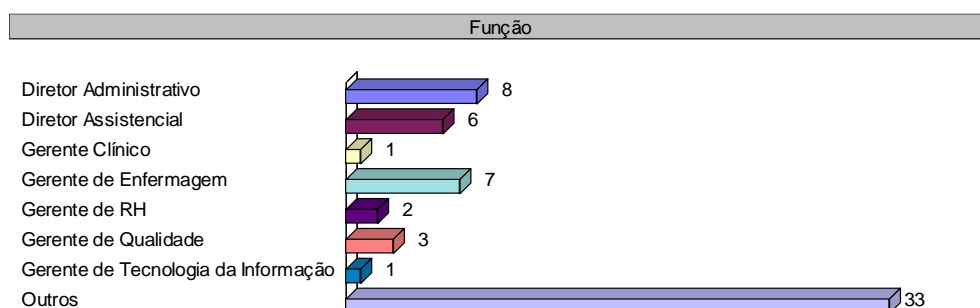
Gráfico 6 - Gráfico ilustrando o setor de atuação no hospital (i.e. assistencial e administrativa)



Fonte: elaboração do autor com base na pesquisa de levantamento em 2012.

Quanto aos setores (i.e. áreas) de atuação dos respondentes, as informações revelam uma grande diversidade de funções exercida por eles. Destaca-se aqui que 08 (13,11%) são diretores administrativos; 07 (11,47%) gerentes de enfermagem; 06 (9,83%) diretores assistenciais; 03 (4,92%) gerentes de qualidade, dentre outras funções (Gráfico 7).

Gráfico 7 - Gráfico ilustrando a atuação dos respondentes nos hospitais



Fonte: elaboração do autor com base na pesquisa de levantamento em 2012.

Em síntese, o perfil dos respondentes demonstra uma amostra composta por indivíduos maduros, experientes, conhecedores das organizações e com distribuição equilibrada entre visão assistencial e administrativa. Consideram-se esses respondentes qualificados para informar sobre o processo de aprendizagem organizacional, as inovações gerenciais e a morfologia em rede nos hospitais que integram a Rede InovarH-BA.

5.2.2 Resultados e discussão dos questionários

Esta seção é subdividida em quatro subseções: 1) Processo de inovação, aprendizagem e interação; 2) Ferramentas e fontes de informações para aprendizagem e inovação; 3) Inovações gerenciais incrementais; 4) Interação entre as organizações hospitalares.

5.2.2.1 Processos de inovação, aprendizagem e interação

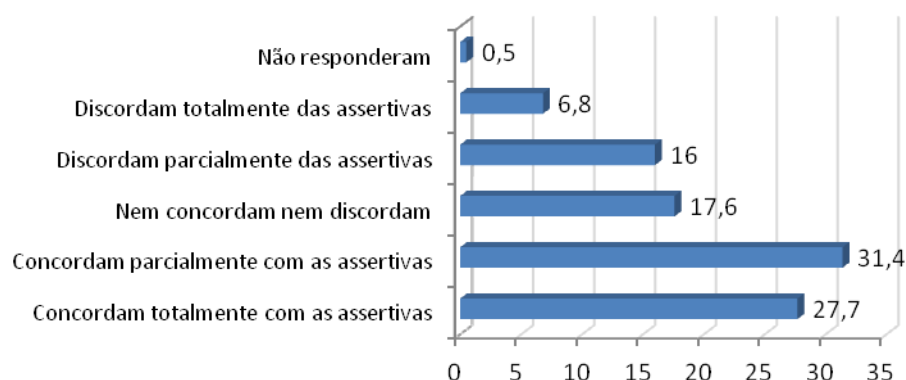
Nesta seção, são apresentadas e discutidas as respostas dadas às questões do Grupo I do questionário, que focalizou processos de inovação, aprendizagem e interação.

Para o Grupo I, foram elaboradas 22 assertivas relacionadas a processos e procedimentos de inovação, aprendizagem e interação (i.e. redes e SLI), e foi pedido que os respondentes indicassem o grau de concordância em relação a cada uma das assertivas. Se todos respondessem que concordavam totalmente com todas as assertivas, poder-se-ia inferir que todas as organizações hospitalares adotam os melhores processos e procedimentos de aprendizagem, inovação e interação.

O Gráfico 8 mostra, percentualmente, o grau de concordância quanto às assertivas apresentadas. Nota-se que mais da metade dos respondentes concordam totalmente (27,7%) ou parcialmente (31,4%) em relação às assertivas (i.e. totalizando 59,1%), o que indica uma tendência de as organizações hospitalares pesquisadas adotarem os processos e procedimentos que favorecem a aprendizagem, a inovação e a interação.

As 22 assertivas⁵² foram analisadas, também, em subcategorias: 1) Aprendizagem organizacional, relativa às assertivas de n.ºs 5, 6, 7, 8, 10, 11, 19, 20 e 21; 2) Inovação gerencial, relativa às assertivas de n.ºs 1, 2, 3, 4 e 22; 3) Redes e SLI, relativas às assertivas de n.ºs 9, 12, 13, 14, 15, 16, 17 e 18. Entretanto, observando-se isoladamente as assertivas, constata-se que os respondentes indicaram baixo grau de concordância com as assertivas especificamente relacionadas aos objetivos da Rede InovarH-BA.

Gráfico 8 - Percentual de grau de concordância nas respostas às assertivas sobre processos e procedimentos de inovação, aprendizagem e interação



Fonte: elaboração do autor com base na pesquisa de levantamento em 2012.

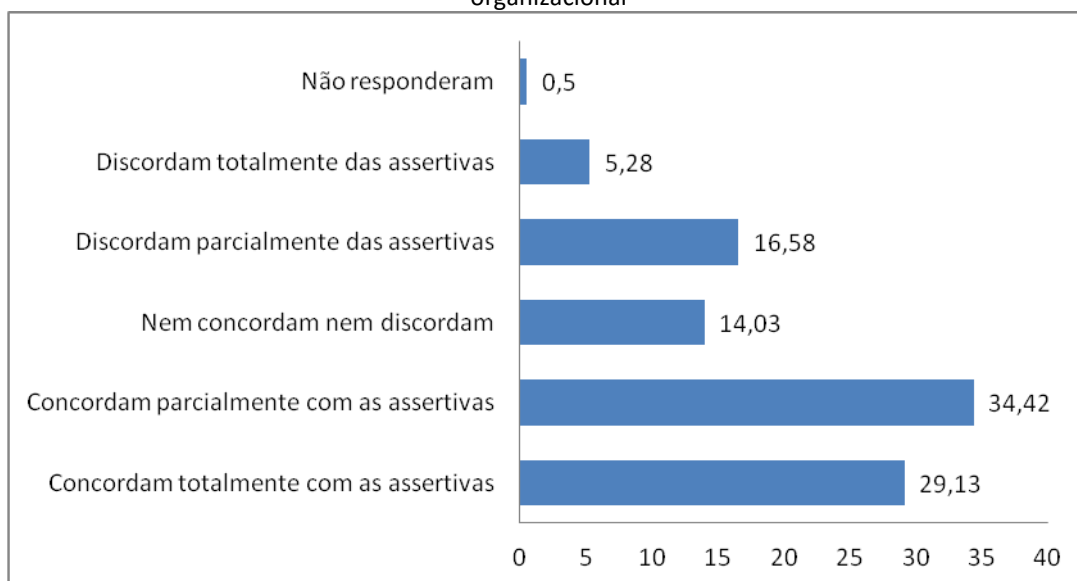
As informações tratadas, que resultaram no Gráfico 9, revelam iniciativas e procedimentos voltados à aprendizagem organizacional. Tais informações foram extraídas das respostas relacionadas às assertivas que tratam dos seguintes tópicos: a) se os funcionários/empregados são frequentemente **informados sobre as decisões estratégicas e operacionais** relacionadas à gestão hospitalar; b) se esta organização hospitalar **considera falhas como oportunidades de aprendizado**; c) se **os erros dos funcionários/empregados são usados no amadurecimento desta organização**; d) se esta organização **valoriza o saber dos funcionários/empregados**; e) se há um bom **plano de capacitação e requalificação** dos funcionários/empregados desta organização; f) se esta organização **usa sistemas de**

⁵² Vide questionário no Apêndice B desta tese.

comunicação eletrônicos para divulgação e compartilhamento das informações sobre gestão hospitalar; g) se esta organização **realiza encontros presenciais** para divulgação e compartilhamento das informações entre seus funcionários/empregados; h) se esta organização **realiza eventos** para divulgação e compartilhamento das informações com outras organizações.

As informações revelam que 34,42% dos respondentes concordam parcialmente e 29,13% concordam totalmente com as assertivas (i.e. totalizando 63,55%). Estes resultados permitem interpretar que, nessas organizações hospitalares, os conhecimentos dos indivíduos são valorizados, dado que as ações operacionais e estratégicas desses hospitais são difundidas entre os funcionários/empregados. Tal fato é considerado uma variável intrínseca ao desenvolvimento das ações individuais no hospital com vistas à aprendizagem organizacional.

Gráfico 9 - Percentual de grau de concordância nas respostas às assertivas sobre aprendizagem organizacional



Fonte: elaboração do autor com base na pesquisa de levantamento em 2012.

Diferente dos 63,55% de concordância em relação às questões sobre aprendizagem organizacional, 14,04% das respostas indicam que nem concordam nem discordam das assertivas, 16,58% discordam parcialmente e 5,28% totalmente. Registra-se que 0,5% não responderam. Este panorama de elevado percentual de concordância sinaliza uma tendência no desenvolvimento de iniciativas voltadas à aprendizagem organizacional nestes hospitais.

Ainda é possível perceber que, nesses hospitais, existe uma prevalência de ações voltadas para a qualificação do seu quadro de pessoas, seja por meio de eventos, encontros e sistemas de comunicação eletrônicos para divulgar e compartilhar informações sobre gestão hospitalar. Ora, por meio desta constatação, é possível inferir que os hospitais atuam conforme o modelo de Takeuchi e Nonaka (2008) discutido no Capítulo 3 e, assim, nestes ambientes, há abertura para os princípios da teoria da criação e do compartilhamento do conhecimento organizacional, base para a gestão do conhecimento.

Conforme discutido no Capítulo 3, com base nesse modelo, estas organizações hospitalares possuem a capacidade de criar conhecimento, disseminá-lo e incorporá-lo a produtos, serviços e sistemas. Não obstante a interpretação dessas informações, elas não revelam se há a adoção por parte desses hospitais do modelo da aprendizagem de circuito duplo (i.e. *double-loop learning*), preconizado por Argyris (2010).

O circuito duplo caracteriza-se como um processo no qual os indivíduos participam do processo de aprendizagem, não só ajustando procedimentos que geram falhas, mas revendo princípios e diretrizes organizacionais. Nesta pesquisa, os respondentes indicam que eles têm acesso às informações operacionais e estratégicas. Supõe-se que esses indivíduos podem comparar as informações apreendidas às normas instituídas para a operacionalização de uma dada ação administrativa ou assistencial, já que eles se reúnem por meio de eventos, encontros e, também, têm acesso a sistemas de comunicação eletrônicos (o estudo desse tipo de interação por eventos será discutido na Seção 5.2.2.4.1).

Tais mecanismos favorecem ações corretivas nas estratégias de ação administrativa ou assistencial, a partir dos questionamentos dos princípios que normatizam essas estratégias. Essas ações corretivas tendem a concretizar mudanças nos procedimentos, nas diretrizes, nos valores ou nos pressupostos dessas ações.

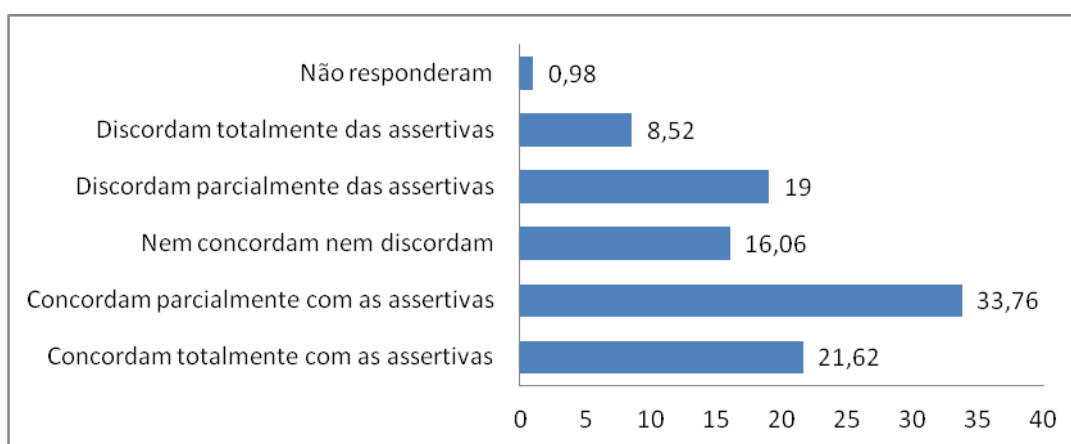
Assim, a partir destas digressões, infere-se que os sujeitos desses hospitais tornam-se capazes de realizar algo que nunca fizeram. Tal fato reafirma o que Senge (2010) opina sobre a importância de as organizações alterarem a mentalidade de aprender para sobreviver (i.e. aprendizagem adaptativa) e para aprender em termos de expandir suas capacidades e criar seu futuro (i.e. aprendizagem generativa).

Se esses hospitais induzem seus funcionários/empregados à aprendizagem generativa, isto implica que eles tendem a inovar nos processos gerenciais. O Gráfico 10

mostra as informações que revelam o grau de concordância dos respondentes sobre inovação gerencial.

As informações mostradas no Gráfico 10 foram compilados das assertivas relativas à subcategoria inovação gerencial, que analisa aspectos tais como: 1) se a organização hospitalar **propõe, frequentemente, melhoria nos processos** de gestão (assistencial e administrativa); 2) se **procedimentos gerenciais completamente novos** são propostos frequentemente por este hospital; 3) se os funcionários/empregados desta organização hospitalar **contribuem para a criação de novos procedimentos gerenciais**; 4) se os funcionários/empregados **participam plenamente das decisões** relacionadas à gestão hospitalar; 5) se **existe estratégia de mobilização interna para a participação na Rede InovarH-BA**.

Gráfico 10 - Percentual de grau de concordância nas respostas às assertivas sobre inovação gerencial



Fonte: elaboração do autor com base na pesquisa de levantamento em 2012.

As informações revelam um percentual de 55,38% de concordância, dos quais 33,76% dos respondentes concordam parcialmente e 21,62% concordam totalmente com iniciativas e procedimentos que levam à inovação gerencial. Logo, é constatado que há uma predisposição destas organizações à promoção, adoção, incorporação e assimilação de inovações organizacionais, já que nelas existem propostas de procedimentos completamente novos e de melhoria nos processos administrativos e assistenciais.

As informações levantadas revelam que os funcionários/empregados contribuem para a criação de novos procedimentos e que eles participam plenamente das decisões gerenciais. Assim sendo, nestes hospitais, há ambiente propício para mudanças na estrutura

gerencial, para a interação entre as diversas áreas ou setores do hospital, para o relacionamento com os *stakeholders* e para as diversas técnicas de estruturação dos processos.

Como visto no Capítulo 3, a literatura afirma que o processo de inovação se dá a partir do aprendizado e da introdução deste em novas práticas, produtos, desenhos e processos. Tais conceitos podem justificar a diferença entre o percentual de concordância das assertivas sobre inovação gerencial (55,38%) e sobre aprendizagem organizacional (63,55%). Ressalta-se, também, que o processo inovativo é fruto de um caráter interativo na medida em que envolvem agentes, tais como: organizações (i.e. firmas, associações, cooperativas), agências governamentais, universidades, institutos de pesquisas e instituições financeiras. Tais assertivas conceituais foram sinalizadas no Capítulo 3.

Todavia, reunido os percentuais sobre inovação gerencial, que não representam concordância com as assertivas, têm-se um total de 44,56%. Como há, apenas, pouco mais da metade de concordância com as assertivas, tal resultado sinaliza que estes hospitais tendem a uma aprendizagem adaptativa e não generativa.

Nesse contexto, os resultados destas duas categoriais (i.e. aprendizagem organizacional e inovações gerenciais) suscitam alguns questionamentos: os gestores e funcionários/empregados desses hospitais entendem que a aprendizagem generativa requer a integração do conjunto das competências institucionais e das individuais? Há um entendimento sobre as competências institucionais entre os funcionários/empregados para que eles coadunem esforços para potencializarem as suas competências?

Conforme discorrido no Capítulo 3 desta tese, as competências institucionais estão relacionadas a processos, técnicas, fluxos da organização, produtos e serviços, e as competências sociais estão voltadas à proposição de valor⁵³ do hospital. Já as competências individuais são associadas a um saber agir responsável e reconhecido, que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos e habilidades que agreguem valor econômico à organização e valor social ao indivíduo. Tal integração exige uma visão compartilhada das competências institucionais para agregar valor às suas competências individuais e, assim,

⁵³ Christensen e outros (2009, p. 47) sinalizam que todo modelo de gestão parte de uma proposição de valor (i.e. “um produto ou serviço que permita aos clientes visados dar conta da tarefa que tentam realizar de uma maneira mais eficiente, conveniente e acessível”).

possibilitar a expansão delas, visando criar o futuro sem perder de vista a proposição de valor do serviço ofertado.

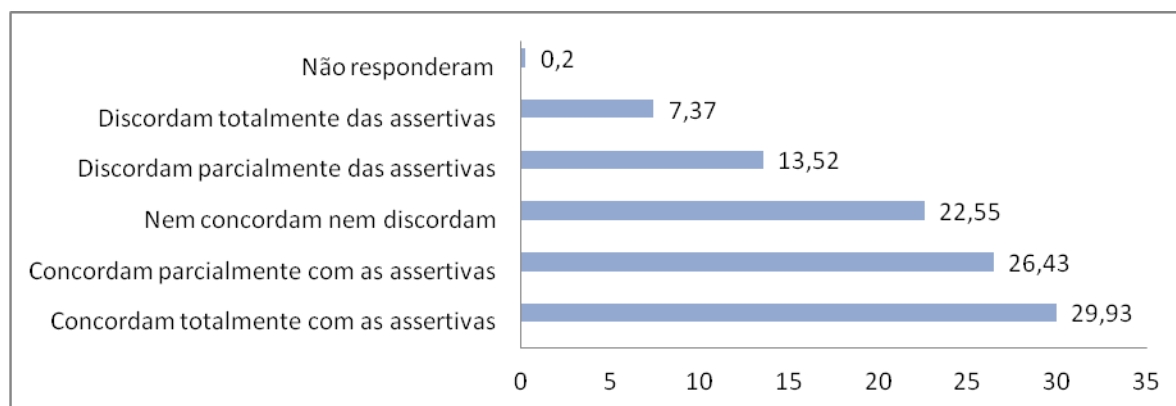
Em geral, dentre os principais fatores responsáveis pela aprendizagem organizacional e inovação gerencial destacam-se a cooperação e a motivação dos sujeitos envolvidos. Assim, espera-se que os hospitais em análise envidem esforços para que os seus funcionários/empregados tenham o *habitus* da interação. Este *habitus* proporciona a ampliação do estoque de conhecimentos e o aprimoramento permanente desses, melhorando o desempenho da organização, favorecendo a geração de inovações e o desenvolvimento de competências individuais e organizacionais. A adoção e a incorporação deste *habitus* entre os sujeitos dos hospitais objetivam a aquisição de diferenciais em relação às demais organizações hospitalares ou não, e potencializam a capacidade de sustentabilidade dessas organizações frente à conjunção de fatores discorridos no Capítulo 2, fundamentado em Vecina Neto (2011).

Como visto no Capítulo 2, no mundo contemporâneo, cada vez mais, as organizações tendem a trabalhar em redes. Nas redes do tipo da InovarH-Ba, as relações contribuem para ganhos coletivos e para trajetórias de acumulação de competências coletivas entre os integrantes dos hospitais, voltadas às peculiaridades do processo de produção assistencial e administrativa à atenção à saúde. Tais ganhos e trajetórias estimulam a cooperação e o aprendizado coletivo para ofertar uma atenção contínua e integral à determinada população, no contexto de organizações poliárquicas de serviços em saúde (MENDES, 2011). Neste contexto, o posicionamento das relações interorganizacionais dos hospitais da Rede InovarH-BA são mostrados por meio do Gráfico 11.

Assim, o Gráfico 11 resulta da compilação das informações levantadas a partir das seguintes assertivas: 1) se o hospital incentiva seus funcionários/empregados a **criar procedimentos em colaboração com outras organizações hospitalares**; 2) se há facilidade de **comunicação entre esta organização hospitalar e as demais que compõem a Rede InovarH-BA**; 3) se este hospital **compartilha frequentemente dados e informações** com outras organizações hospitalares; 4) se os **cursos ofertados pela Rede InovarH-BA favorecem a criação de vínculos** entre as organizações hospitalares; 5) se o **SIG da Rede InovarH-BA é uma ferramenta de interação** entre as organizações hospitalares; 6) se há **interação entre este hospital e os órgãos governamentais**; 7) se há **interação entre este**

hospital e as universidades; 8) se a interação entre as organizações que participam da Rede InovaH-BA contribui para a melhoria de suas práticas gerenciais.

Gráfico 11 - Percentual de grau de concordância nas respostas às assertivas sobre Redes e SLI



Fonte: elaboração do autor com base na pesquisa de levantamento em 2012.

Observa-se que 56,36% dos respondentes apontam uma concordância total (29,93%) ou parcial (26,43%) com as assertivas relativas aos procedimentos voltados à conformação de redes e de estruturas similares às de um SLI. Entretanto, a análise dos percentuais quantificados quanto à concordância em relação à facilidade de comunicação (34,4%) e ao compartilhamento de dados e informações (41%) entre os hospitais observa-se uma fragilidade da adoção e incorporação daquele *habitus*. Tais percentuais não demonstram que os hospitais incentivam a criação de procedimentos em colaboração com outros hospitais (52,4%) nem que a interação com os hospitais da Rede InovarH-BA propicia melhorar suas práticas gerenciais (55,8%). Outra constatação é que os respondentes concordam que interagem com as organizações governamentais (83,7%) e com as universidades (68,9%). Além disso, as assertivas relacionadas aos instrumentos operacionais da Rede InovarH-BA (e.g. cursos e SIG) receberam uma concordância de 57,4%. Salienta-se que estes instrumentos favorecem vínculos de interação.

Tais percentuais levam a um questionamento: se há uma fragilidade na comunicação e no compartilhamento de dados e informações entre os hospitais da Rede InovarH-BA, então, por que há desacordo dos resultados sobre os objetivos desta Rede? Será que a Rede InovarH-BA difunde a sua missão e as suas atividades entre os hospitais?

Conforme discorridos por meio dos aportes conceituais nos Capítulos 2 e 3, a inovação “exige a cooperação ativa com outras empresas ou instituições [...] em atividades

tecnológicas” (OCDE/FINEP, 2005, p. 27). Nesta tese, estudam-se as atividades tecnológicas voltadas aos processos gerenciais dos hospitais e considera-se que a morfologia em rede e a gestão das organizações por meio de estruturas horizontalizadas se traduzem em tecnologias de gestão. Essas tecnologias são compreendidas como inovações gerenciais ou organizacionais.

Conforme já pontuado, a Rede InovarH-BA é formalmente estabelecida para promover processos interativos entre integrantes dos hospitais baianos, apoiar o desenvolvimento e a difusão de práticas de aprendizagem e de inovação de gestão em organizações hospitalares e, também, fortalecer a colaboração interorganizacional dos serviços de saúde do SUS. Tal acepção traduz a inserção dos hospitais nesta Rede como uma atividade de inovação que pode potencializar o surgimento de inovações gerenciais.

O Manual de Oslo sugere que as organizações que buscam um diferencial de qualidade ou de competitividade participem de atividades que levem à construção de uma inovação ou à adoção de inovações já existentes em outras organizações. Dentre as atividades sugeridas neste Manual, destacam-se três, que convergem com os objetivos da Rede InovarH-BA.

[...] Essas atividades **podem fortalecer** as capacitações que permitem o desenvolvimento de inovações ou a capacidade de adoção bem-sucedida de inovações desenvolvidas por outras empresas ou instituições: [...] **as habilidades humanas podem ser desenvolvidas** (por meio de treinamento interno) ou compradas (pela contratação); **o aprendizado tácito e informal** – “*learning by doing*” – pode também estar incluído; [...] a empresa pode **investir** em equipamentos, **softwares** ou insumos intermediários que incorporam o trabalho inovador de outros; [...] ela **pode reorganizar os sistemas de gerenciamento** e todas as suas atividades de negócios; [...] (OCDE/FINEP, 2005, p. 41-42).

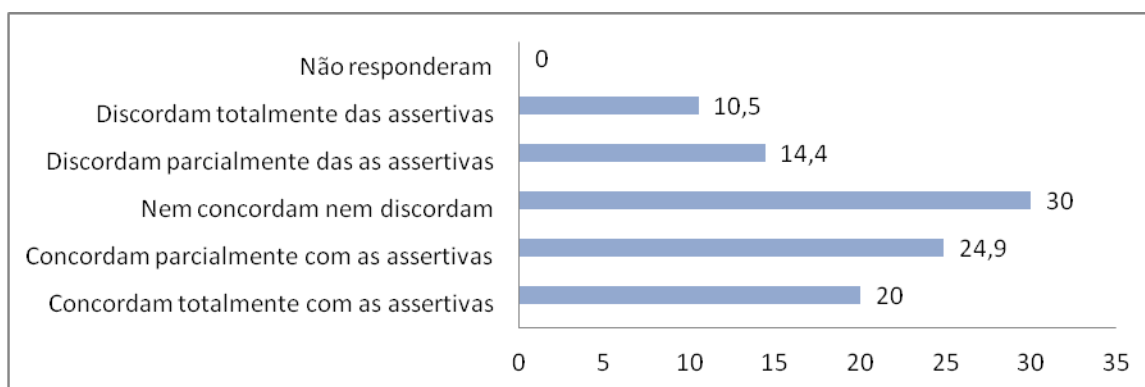
Os aspectos relevantes desta sugestão, que se alinham com as premissas implícitas na Rede InovarH-BA, são os seus instrumentos operacionais, tais como os eventos presenciais e o Portal, que podem fortalecer o desenvolvimento ou a adoção de inovações. Incluem-se, também, o SIG e indicadores como fomentadores potenciais para a reorganização dos sistemas de gerenciamento nos hospitais.

Assim, no intuito de analisar se os respondentes compreendem os objetivos da Rede InovarH-BA e se esta Rede difunde as suas ações, as seguintes assertivas foram agrupadas: 1) se há facilidade de **comunicação entre este hospital e os demais que compõem a Rede InovarH-BA**; 2) se **os cursos ofertados pela Rede InovarH-BA favorecem a criação de**

vínculos entre as organizações hospitalares; 3) se o SIG da Rede InovarH-BA é uma ferramenta de interação entre as organizações hospitalares; 4) se a interação entre as organizações que participam da Rede InovaH-BA contribui para a melhoria de suas práticas gerenciais; 5) se existe neste hospital estratégia de mobilização interna para a participação na Rede InovarH-BA.

As informações evidenciam que 44,90% dos respondentes concordam com as assertivas, dos quais 20% concordam totalmente e 24,90% concordam parcialmente (Gráfico 12).

Gráfico 12 - Percentual de grau de concordância nas respostas às assertivas sobre os objetivos da Rede InovarH-BA



Fonte: elaboração do autor com base na pesquisa de levantamento em 2012.

No Gráfico 12, nota-se que 30% dos respondentes indicaram que não concordam nem discordam das assertivas relativas aos objetivos da Rede. Tal fato implica inferências de que quase um terço dos respondentes não têm interesse pela a Rede InovarH-BA, e de que há limitação quanto à difusão das iniciativas da Rede InovarH-BA.

Quando as assertivas são analisadas isoladamente, as informações revelam que apenas 34,4% dos respondentes concordam que há uma facilidade de comunicação entre o seu hospital e os demais da Rede, e 19,7% deles concordam que existem estratégias de mobilização interna no hospital para participarem das atividades da Rede InovarH-BA. Esses percentuais demonstram a fragilidade das interações intra e inter-hospitais no tocante à aprendizagem organizacional. Dado que este processo é eminentemente um processo social, a partir do desenvolvimento da linguagem entre os agentes organizacionais, quanto mais complexo for o processo de aprendizagem, maior será o grau de interação requerido; por conseguinte, maior é o grau de compatibilização de padrões cognitivos e a difusão de conhecimentos tácitos. Destaca-se, ainda, o contínuo aperfeiçoamento dos códigos e canais

de comunicação entre os agentes, os quais representam a infraestrutura do intercâmbio das informações. A continuidade da interação possibilita novas combinações para tipos diversificados de conhecimento e pressupõe certa seletividade nos relacionamentos interorganizacionais. Esse tipo de aprendizado requer um determinado tempo para se desenvolver em razão da consolidação de uma confiança mútua entre os agentes e pelos investimentos específicos necessários.

Ao se confrontar tais informações com os conceitos sobre a aprendizagem por interação (i.e. aprendizagem externa), vale lembrar que a Rede InovarH-BA proporciona infraestrutura para o intercâmbio de informações gerenciais, por exemplo, por meio do SIG, indicadores gerenciais, eventos, Portal. Além da infraestrutura, diversos outros fatores concorrem para propagar uma inovação ou uma atividade de inovação, dentre os quais a rede social, os líderes de opinião e os programas formais de disseminação.

Observa-se que existe uma estrutura organizacional para o intercâmbio de informações sobre as atividades da Rede. No entanto, as informações quantificadas nesta pesquisa de levantamento revelam que os hospitais (i.e. os gestores/líderes) não estão articulados com a coordenação da Rede na formulação de programas formais de disseminação dessas atividades.

Em relação às assertivas de que os cursos ofertados pela Rede InovarH-BA favorecem a criação de vínculos entre as organizações hospitalares, os respondentes concordam parcialmente (24,6%) e totalmente (32,8%), totalizando 57,4% de concordância. Quanto às assertivas sobre o SIG da Rede, eles concordam parcialmente (29,5%) e totalmente (27,9%) que este sistema é uma ferramenta de interação entre os hospitais, totalizando 57,4%. E 55,5% dos respondentes concordam parcialmente (32,8%) e totalmente (23%) que participar da Rede InovarH-BA, por meio de seus instrumentos operacionais, contribui para a melhoria das práticas organizacionais.

Assim, as informações revelam que mais de 50% dos respondentes concordam que os instrumentos operacionais desta Rede favorecem os vínculos entre os hospitais e que esses promovem melhorias nas práticas gerenciais. Em suma, as análises até aqui realizadas por meio desta pesquisa de levantamento entre os hospitais da Rede, revelam um paradoxo entre a fragilidade das interações e a potencialidade na difusão das atividades desta Rede.

Tal cenário exige uma análise complementar. Para tanto, nas duas próximas subseções são analisadas e discutidas as questões do Grupo II e do Grupo III, que enfocam

ferramentas e fontes de informações para aprendizagem e inovação e a existência ou não de inovações gerenciais incrementais nos hospitais da Rede.

5.2.2.2 Ferramentas e fontes de informações para aprendizagem e inovação

Nesta seção, são apresentadas e discutidas as respostas dadas às questões do Grupo II do questionário, que focalizou ferramentas e fontes de informações para aprendizagem e inovação.

Para o Grupo II, foram elaboradas seis questões de múltipla escolha, possibilitando aos respondentes assinalarem todas as alternativas ou deixarem sem assinalar as alternativas que não se aplicavam a sua realidade de trabalho no hospital. O foco dessas questões foi identificar as TICs utilizadas na gestão hospitalar como ferramenta para a aprendizagem hospitalar e a inovação gerencial – consequentemente, como meios estratégicos para possibilitar a interação dos sujeitos intra e inter-hospitalar.

A adoção das TICs se dá, não apenas para registrar dados e informações relacionados à prestação dos serviços, mas, também, para possibilitar a geração, o acesso e a difusão dos conhecimentos resultantes dos serviços. Assim, as TICs são compreendidas como ferramentas que propiciam a aprendizagem organizacional nos âmbitos interno e externo e, consequentemente, possibilitam a geração de inovações gerenciais radicais e incrementais (SCHUMPETER, 1961) ou de rupturas e de sustentação (CHRISTENSEN et al., 2009).

Para a análise e discussão deste segundo grupo de questões do questionário, são considerados o primeiro e o segundo atributo de uma inovação de ruptura, citados no Capítulo 2 (i.e. 1º atributo: Capacitador tecnológico; 2º atributo: Inovação do modelo de gestão). Especial destaque é dado às TICs por representarem uma tecnologia que, embora sofisticada, contribui para simplificar processos e rotinizar a solução de problemas. Quando as TICs são adotadas e incorporadas nos hospitais, elas propiciam uma inovação tanto nos sistemas como nos modelos de gestão por oferecerem aos usuários soluções simplificadas no registro, no acesso, no compartilhamento, no tratamento e no armazenamento de dados e informações em gestão administrativa e assistencial.

Considerando que aprendizagem e inovação demandam a utilização de ferramentas tecnológicas que favorecem a coleta, a sistematização e o acesso a informações, foram indagadas quais as ferramentas de aprendizagem e compartilhamento de informações

usadas na organização hospitalar na qual os respondentes se inseriam. As respostas são mostradas no Gráfico 13.

As ferramentas que alcançaram os maiores percentuais se referem às que não têm relação específica com o ambiente hospitalar ou com a Rede InovarH-BA, a exemplo de e-mails (95,1%) e internet (85,2%). Tais informações indicam que a comunicação desses respondentes é priorizada por meio de ferramentas canais que transcendem a comunicação no hospital ou entre hospitais. Em seguida, constatam-se os percentuais de 63,9%, de 52,5% e de 42,6% para o uso da intranet, de indicadores de avaliação e do portal eletrônico do hospital – ferramentas que indicam uma propensão para o aprendizado interno.

Em relação aos demais percentuais quantificados, observa-se uma percentagem pequena de respondentes que indicaram, como ferramentas de interação, outros portais eletrônicos (26,2%), o prontuário eletrônico (18%), as ferramentas da WEB 2.0 (14,8%), o SIG da Rede InovarH-BA (13,1%), as redes sociais (8,2%), as comunidades de prática (8,2%) e a WEB TV corporativa (4,9%). Tais informações revelam que produtos e serviços informacionais e as redes sociais ainda não foram adotadas pelos indivíduos nem assimiladas por estes hospitais.

Gráfico 13 - Percentual da adoção de ferramentas de aprendizagem e compartilhamento de informações usadas nos hospitais

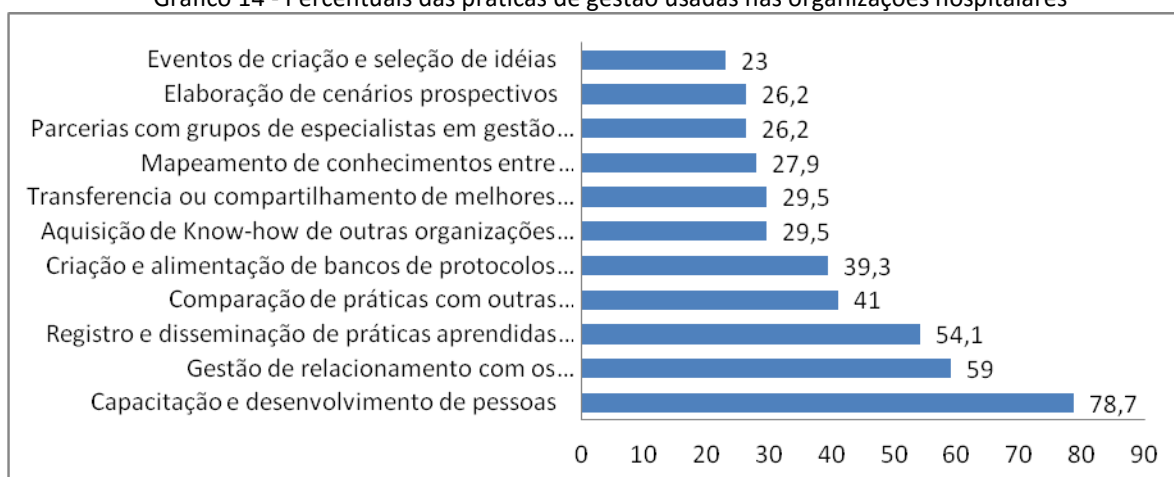


Fonte: elaboração do autor com base na pesquisa de levantamento em 2012.

Em outra questão, os respondentes indicaram, dentre onze práticas de gestão, quais eles consideravam que favoreciam a inovação e o aprendizado nas organizações hospitalares. O percentual de respostas relacionado a cada prática é mostrado no Gráfico 14.

Mais do que 25% dos respondentes indicam que suas organizações hospitalares utilizam, praticamente, todo o repertório de práticas de gestão que favorecem o aprendizado e a inovação. Daí pode-se inferir que há significativo avanço em relação à busca de práticas gerenciais adequadas à criação de um ambiente de aprendizado e inovação nas organizações hospitalares pesquisadas. Esta informação corrobora o que foi verificado através das 22 assertivas do Grupo I, no entanto, não significa que os indivíduos e os hospitais já adotaram e assimilaram essas práticas.

Gráfico 14 - Percentuais das práticas de gestão usadas nas organizações hospitalares



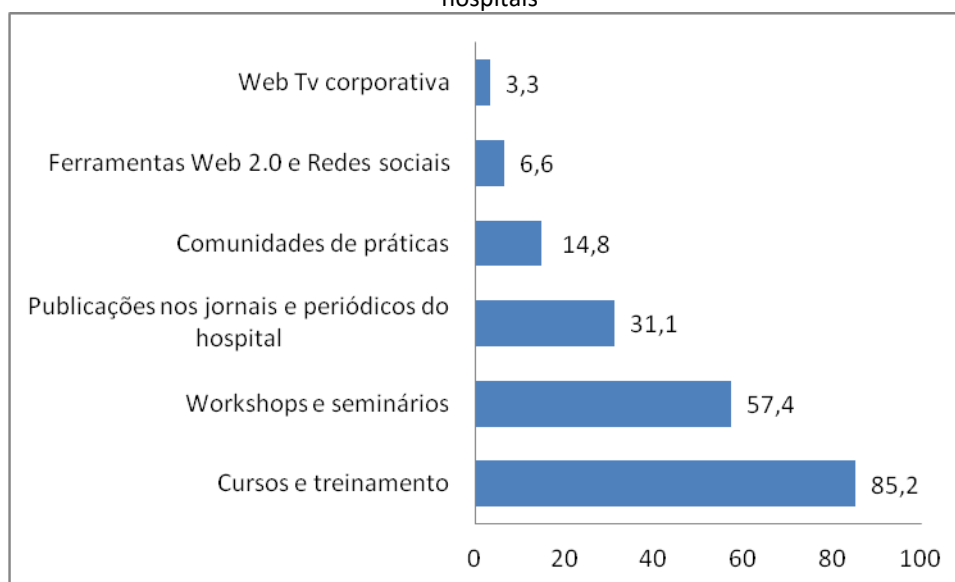
Fonte: elaboração do autor com base na pesquisa de levantamento em 2012.

Quanto às modalidades de sistematização e armazenamento de conhecimento novo, 37,7% das organizações informaram que utilizam bancos de dados de acesso restrito; 36,1% utilizam bancos de dados de livre acesso aos funcionários da própria organização hospitalar; e apenas 4,9% utilizam bancos de dados de livre acesso aos parceiros da organização hospitalar. Ressaltando, mais uma vez, a dificuldade em compartilhamento de informações com outras organizações hospitalares.

A fim de ampliar a investigação sobre os processos de aprendizagem nas organizações hospitalares, foi perguntado como novos conhecimentos eram incorporados às práticas de gestão. No Gráfico 15, os cursos e treinamentos foram indicados por 85,2% dos

respondentes como a principal fonte de conhecimento, o que está de acordo com a resposta de que a principal prática de gestão de aprendizagem e inovação é a capacitação e o desenvolvimento de pessoas (Gráfico 14). *Workshops* e seminários foram indicados por 57,4% dos respondentes como fonte de conhecimento; 31,1% indicaram publicações nos jornais e periódicos do hospital; apenas 14,8% indicaram a interação com comunidades de prática e 6,6% as ferramentas WEB 2.0 e as redes sociais. Novamente, observa-se que o compartilhamento através de redes profissionais, como as comunidades de práticas, o uso de ferramentas WEB 2.0 e a participação em redes sociais ainda não têm relevância para as organizações pesquisadas.

Gráfico 15 - Percentuais dos meios para incorporação de novos conhecimentos às práticas de gestão nos hospitais



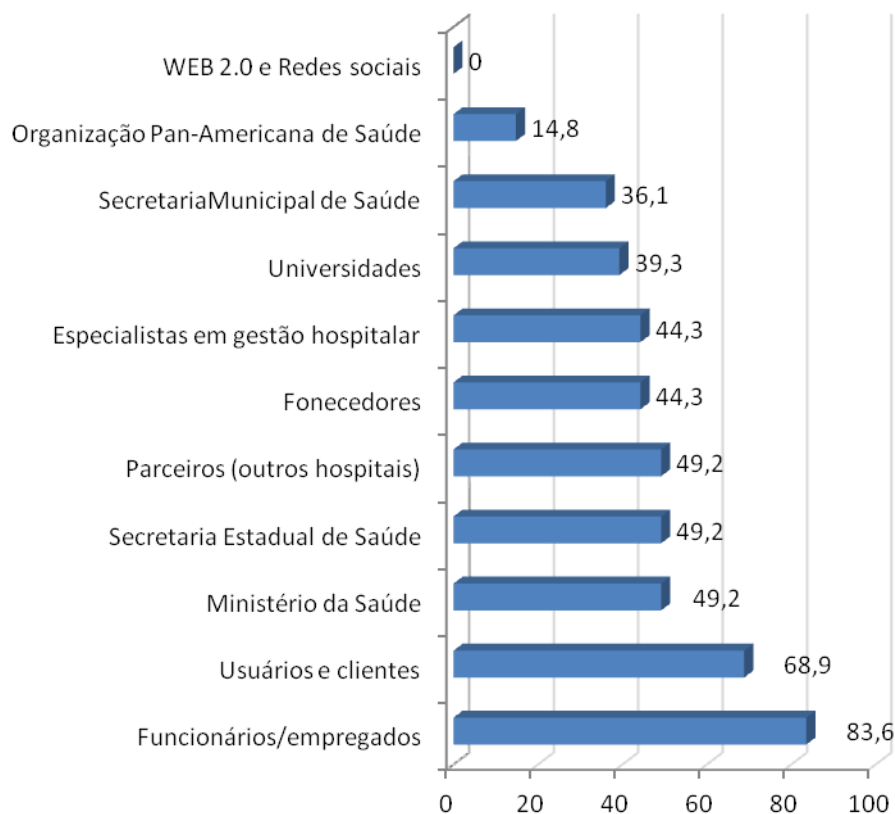
Fonte: elaboração do autor com base na pesquisa de levantamento em 2012.

Também foram investigadas as principais fontes de ideias, informações e conhecimentos utilizados pelas organizações hospitalares. As respostas são mostradas no Gráfico 16. Considerando estas respostas, as principais fontes de ideias, informações e conhecimentos advêm das relações do âmbito da própria organização (i.e. empregados, clientes e usuários) e das relações com órgãos governamentais (Ministério da Saúde e Secretaria Estadual de Saúde). As universidades, dentre as quais se enquadra a UFBA, gestora da Rede InovarH-BA, têm relevância secundária frente às demais fontes indicadas. Nota-se uma ausência de importância na busca de ideias nos outros hospitais, fornecedores, Secretarias Municipal de Saúde, OPAS e especialistas em gestão hospitalar. Não foi

constatado nenhum percentual para as redes sociais como fontes de ideias, informações e conhecimentos.

Foi indagado, ainda, como os respondentes descreveriam o papel da organização hospitalar onde atuam no processo de inovação e aprendizagem. Registra-se que 59% deles responderam que suas organizações hospitalares produzem conhecimento; 45,9% responderam que elas gerenciam conhecimento; 41% responderam que elas difundem conhecimento; e 9,8% responderam que elas não produzem conhecimento. Com base nestas informações, pode-se inferir que, naquele período da pesquisa de levantamento, estas organizações estavam mais preparadas para a produção de conhecimento do que para o compartilhamento. Tais informações revelam que não há conhecimento, por parte dos respondentes, quanto à adoção ou a implementação da gestão do conhecimento nos hospitais.

Gráfico 16 - Percentuais das principais fontes de ideias, informações e conhecimentos das organizações hospitalares.



Fonte: elaboração do autor com base na pesquisa de levantamento em 2012.

Os percentuais registrados por meio destas seis questões, por um lado, ratificam a fragilidade da **aprendizagem externa**; por outro, evidenciam uma inconsistência na difusão das iniciativas da Rede InovarH-BA. Apesar de as informações indicarem uma propensão para a **aprendizagem interna** e para a utilização de práticas de gestão que favorecem o aprendizado e a inovação nesses hospitais, os mesmos revelam percentuais que não priorizam as TICs como ferramentas de interação, de gestão e de transferência de informações. Ressalta-se que os processos de aprendizagem organizacional e de inovação gerencial ocorrem desde que exista a difusão de conhecimentos.

Logo, questiona-se: em plena segunda década do século 21, o que esses hospitais compreendem sobre a importância do conhecimento individual, das redes profissionais e dos sistemas de inovação para as ações de aprendizagem e inovação organizacionais?

Muitos conhecimentos são *codificados* e podem ser acessados e usados sem a interação direta com a fonte. **As transferências de conhecimentos codificados compreendem um grande compartilhamento de difusão de tecnologia e os esforços para promover a codificação do conhecimento podem ter impactos importantes na produtividade, no crescimento e na inovação.** [...]. Mesmo para a informação disponível e aberta, encontrá-la pode ser um grande desafio, sobretudo quando buscar novas informações é custoso demais. Assim, **a facilidade de comunicação, os canais efetivos de informação e a transmissão de experiências, dentro e entre as organizações, são muito importantes para a difusão** (OCDE/FINEP, 2005, p. 40, grifo nosso).

Não obstante a compreensão da existência de meios de comunicação desses hospitais com agentes externos e de uma busca de práticas gerenciais adequadas à criação de um ambiente de aprendizado e inovação, infere-se que os hospitais não estão propensos a modelos de gestão que priorizem as TICs como capacitadores tecnológicos na codificação e transferência de conhecimentos.

Quanto a análise sobre a sistematização e o armazenamento de conhecimento, os resultados apontam a dificuldade no compartilhamento de dados e informações sobre gestão com outros hospitais.

As informações levantadas deixam evidente a ausência do compartilhamento dos sujeitos integrantes dos hospitais por meio de redes profissionais, como as comunidades de práticas, e a não assunção das redes sociais como fontes e transferência de ideias, informações e conhecimentos. Tais constatações ressaltam que as redes sociais não são vistas como mecanismos de difusão do conhecimento. Agrega-se a essa constatação a

inobservância destes hospitais em estabelecer canais efetivos de informação e de troca de experiências com parceiros (e.g. outros hospitais, universidades, fornecedores, especialista em gestão hospitalar). Ambas as constatações conduzem ao entendimento de que os hospitais pesquisados desconhecem a importância da configuração dos sistemas de inovação para promover o desenvolvimento sustentável de um sistema de saúde e dos serviços de saúde configurados como redes poliárquicas.

A abordagem dos sistemas de inovação [...] estuda a influência das instituições externas, definidas de forma ampla, sobre as atividades inovadoras de empresas e outros atores. Ela **ênfatiza a importância da transferência e da difusão de idéias, experiências, conhecimentos, informações e sinais de vários tipos. Os canais e as redes de comunicação pelas quais essas informações circulam inserem-se numa base social, política e cultural que guia e restringe as atividades e capacitações inovadoras. A inovação é vista como um processo dinâmico em que o conhecimento é acumulado por meio do aprendizado e da interação** (OCDE/FINEP, 2005, p. 40, grifo nosso).

Os resultados das questões dos Grupos I e II do questionário indicam o baixo percentual de concordância em relação às assertivas e às questões específicas sobre os objetivos da Rede InovarH-BA, que é dependente da interação. Infere-se, assim, que os hospitais pesquisados não vislumbram o *habitus* da interação como preponderante no contexto da economia contemporânea.

O fato de a interação não compor o *habitus* dos sujeitos integrantes dos hospitais da Rede InovarH-BA traz implicações para o capital social deste grupo. Como dito, com base em Bourdieu (2009), o *habitus* é o conjunto de disposições que vão compor o conjunto de capitais, quais sejam: o capital econômico (e.g. de renda, salários, imóveis); o capital cultural (e.g. informações, saberes e conhecimentos reconhecidos por títulos e diplomas); o **capital social** (e.g. relações sociais revertidas em capital ou capitalizadas); capital simbólico (e.g. aquele relacionado ao prestígio ou honra). Neste contexto, os resultados evidenciam para uma limitação do capital social entre os hospitais, para o qual é preponderante estabelecer o *habitus* da interação.

Na próxima seção serão apurados os percentuais sobre a existência ou não de inovações gerenciais incrementais ou de sustentação nos hospitais da Rede.

5.2.2.3 Inovações gerenciais incrementais

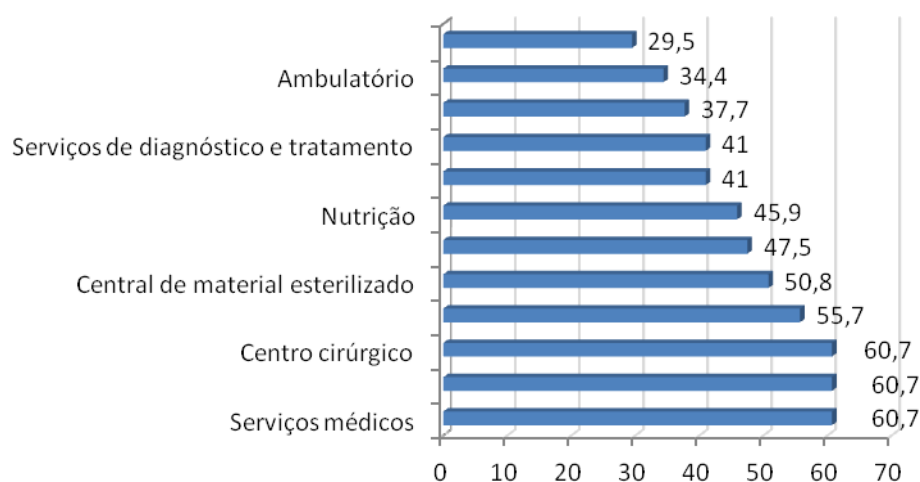
Nesta seção, são apresentadas e discutidas as respostas dadas às questões do Grupo III do questionário que focalizou inovações gerenciais incrementais.

O Grupo III foi constituído de duas questões e cada uma delas desdobrava-se em outra, caso os respondentes confirmassem a premissa básica da questão. O foco destas duas questões foi apontar iniciativas e experiências de processos de inovação em gestão hospitalar entre os integrantes/sujeitos da Rede InovarH-BA.

A primeira questão investigou a existência de melhorias nos processos de inovação gerenciais no âmbito dos serviços administrativos e assistenciais, privilegiando-se a busca de inovações incrementais ou de sustentação, mais comuns em organizações hospitalares (CHRISTENSEN et al., 2009). Assim, foi solicitado aos respondentes indicar o grau de importância de melhorias implementadas nos procedimentos dos serviços assistenciais e dos serviços administrativos.

Dentre os respondentes, 93,4% indicaram que, nos últimos dois anos, houve melhoria de procedimentos na organização hospitalar onde atuam. Os serviços assistenciais e os administrativos para os quais os respondentes indicaram haver melhorias mais significativas estão listados nos Gráficos 17 e 18 respectivamente.

Gráfico 17 - Percentuais dos serviços assistenciais nos quais houve maior proporção de melhorias de procedimentos nas organizações hospitalares



Fonte: elaboração do autor com base na pesquisa de levantamento em 2012.

A partir dos percentuais quantificados nas informações apresentadas pelos respondentes, percebe-se maior proporção de indicações de melhoria nos serviços assistenciais, atividade-fim das organizações hospitalares, do que nos serviços administrativos. Tal fato denota fidelidade ao foco das organizações e esforço direcionado, prioritariamente, para o sentido de existência delas, a atenção à doença. Não obstante o percentual revelado, os hospitais sempre vão se valer da tecnologia e do conhecimento assistencial para promover a saúde e a qualidade de vida dos usuários/pacientes. Nesta perspectiva, este resultado expressa, também, que, nestes hospitais, a gestão assistencial prevalece à gestão administrativa, o que reafirma o paradigma voltado para a gestão da doença e pode sinalizar um menor grau de prioridade para serviços preventivos, que dependem, em maior grau, de atividades administrativas.

Gráfico 18 - Percentuais nos serviços administrativos nos quais houve maior proporção de melhorias de procedimentos nas organizações hospitalares



Fonte: elaboração do autor com base na pesquisa de levantamento em 2012.

Observam-se baixos percentuais relacionados ao grau de importância das melhorias de procedimentos gerenciais voltados aos ativos intangíveis destes hospitais, quais sejam: Tecnologia da informação (42,6%), Programa de educação permanente (37,7%), Arquivo (34,4%), Gestão de documentos (18%), Comunicação e marketing (13,1%), contrário aos percentuais revelados na assistência: serviços médico, de enfermagem e centro cirúrgico (60,7%), farmácia (55,7%), central de material esterilizado (50,8%).

Quanto à diferença entre a priorização dos serviços assistenciais em relação aos serviços administrativos, vale destacar o questionamento de Christensen e outros (2009, p. 11):

[...] **Como inovar para reduzir os custos e melhorar a qualidade e a acessibilidade à saúde?** Não nos limitamos a perguntar de que modo podemos disponibilizar acesso aos serviços médicos. Mostramos como podemos torná-lo disponível – menos dispendioso e de melhor qualidade. (grifo nosso).

Esses pesquisadores estudam o setor saúde, não apenas na perspectiva de prescrever soluções, mas sim, para examiná-lo por meio de modelos gerais de inovação gerencial, sugerindo, assim, tecnologias aplicadas a modelos de gestão. Tais tecnologias, adotadas e implementadas aos modelos de gestão dos serviços, podem resultar na criação de novos conceitos de empreendimentos em serviços de saúde.

Espera-se que os gestores, funcionários e (re)formuladores dos sistemas de saúde compreendam as causas elementares inerentes à dinâmica da assistência no contexto do mundo contemporâneo. As causas estão associadas à prevalência das doenças crônicas em relação às doenças agudas, o que não compreende modelos de gestão de forma hierarquizada, conforme discorrido no Capítulo 2 desta tese. Tais modelos exigem estruturas integradas dos distintos nós dos serviços de atenção à saúde, recorrente à proposição de valor desses serviços, a partir das suas funções de produção específicas e por suas densidades tecnológicas respectivas. Para tanto, Christensen e outros (2009) opinam em três tipos de serviços, quais sejam: centros resolutivos;⁵⁴ organizações com processos que agregam valor⁵⁵ e redes facilitadoras.⁵⁶

⁵⁴ “São instituições estruturadas com o propósito de diagnóstico e recomendar soluções para problemas não-estruturados”. “[...] ao trabalho desempenhado nos centros resolutivos: medicina intuitiva. Nessas instituições, especialistas altamente treinados servem-se de sua intuição para **sintetizar dados** a partir de uma grande variedade de **equipamentos analíticos e de imagens** e do exame pessoal com o paciente. Desses dados eles extraem hipóteses para as causas dos sintomas apresentados. Quando o diagnóstico não tem mais que a precisão de uma hipótese, esses especialistas costumam testar a hipótese aplicando a terapia mais adequada. Se o paciente responde, a hipótese está essencialmente confirmada; do contrário, eles têm de proceder a novos ciclos de testes de hipóteses, até que o diagnóstico seja realizado com a máxima certeza” (CHRISTENSEN et al., 2009, p. 57-58, grifo nosso).

⁵⁵ “Procedimentos com processos que agregam valor só são possíveis após um diagnóstico definitivo – realizado, na maioria das vezes, em um centro resolutivo” (CHRISTENSEN et al., 2009, p. 17) . [...]. “Organizações com VAP (*value-adding process*) transformam insumos de recursos – pessoas, materiais, energia, equipamento, **informação** e capital – em produtos de maior valor. [...]. Como essas organizações tendem a executar seu trabalho de maneira repetida, sua capacidade de gerar valor tende a estar incorporada mais aos processos e aos equipamentos. Elas dependem muito menos dos instintos das pessoas do que nos centros resolutivos. [...], organizações com processos que agregam valor que se voltam para a

Estes tipos de organização de serviços consistem na incorporação de uma estrutura poliárquica, e não hierárquica, entre os pontos dos serviços de atenção à saúde, defendida por Mendes (2011). Para a integração efetiva destes serviços, é imperiosa a gestão dos ativos intangíveis associada ao uso das tecnologias de informação.

A segunda questão desta parte do questionário foi formulada a fim de investigar em que proporção os respondentes conhecem o SIG, criado e implantado pela Rede InovarH-BA. Compreende-se o SIG como uma inovação gerencial que, plenamente adotado e implementado, configura-se como inovação de ruptura, e a Rede InovarH-BA como uma atividade de inovação associada ao conceito de rede facilitadora, preconizado por Christensen e outros (2009).

O SIG possibilita aos integrantes da Rede conhecer o relacionamento entre a conduta e o desempenho das práticas e dos procedimentos estabelecidos, por meio do monitoramento e da avaliação do conjunto de indicadores. Salienta-se que o alvo desta Rede é a promoção da comunicação e da aprendizagem dos empregados/funcionários e gestores desses hospitais, os quais têm como proposição de valor serviços que atendam às tarefas e às necessidades dos pacientes.

Assim, o SIG criado e implantado pela Rede InovarH-BA pode ser considerado uma inovação gerencial de ruptura do ponto de vista regional, já que introduz uma novo comportamento organizacional entre os hospitais⁵⁷. A fim de investigar em que proporção o

excelência do processo podem oferecer serviços e produtos de alta qualidade a preços baixos e de forma sistemática, a partir de métodos muito menos suscetíveis à variabilidade que atormenta as empresas cujos resultados dependem principalmente da intuição de seus empregados. [...] Muitos dos eventos e procedimentos médicos são, na verdade, atividades com processos que agregam valor, pois podem verificar com antecipação aquilo que precisa ser feito e, em seguida, lançar mão de um processo relativamente padronizado para retificar o problema. Não há dúvida de que o diagnóstico de muitos problemas e as decisões sobre como solucioná-los ainda devam, muitas vezes, ser realizados nos centros resolutivos dos hospitais ou consultórios médicos. [...] Quando procedimentos com processos que agregam valor são proporcionados por modelos de gestão organizacionalmente independente dos centros, o custo indireto desses procedimentos cai consideravelmente” (CHRISTENSEN et al., 2009, p. 58-59, grifo nosso).

⁵⁶ “Redes facilitadoras são empreendimentos em que as pessoas trocam coisas umas com as outras. [...]. A *Revolution Health* está construindo uma extensa rede de usuários para pacientes com doenças crônicas. Ao tirar proveito de um vasto banco de dados sobre seus pacientes, essas organizações criam as condições necessárias para que eles encontrem ‘pessoas como eu’. Isso lhes possibilita comparar o progresso no tratamento de suas respectivas doenças com o de outros pacientes em igual situação e, em última análise, **comunicar-se e aprender uns com os outros**. [...]. O modelo de gestão das redes facilitadoras no âmbito da saúde pode ser estruturado para ganhar dinheiro mantendo as pessoas bem, enquanto os centros resolutivos e as empresas com processos que agregam valor ganham dinheiro quando as pessoas adoecem” (CHRISTENSEN et al., 2009, p. 18-19, grifo nosso).

⁵⁷ Ressalta-se que cursos e treinamentos sobre o uso do SIG foram oferecidos às organizações da Rede InovarH-BA, embora a participação não tenha sido obrigatória.

SIG é conhecido pelas organizações, foi perguntado se os respondentes conhecem este sistema, constatando-se que 62,3% não conhecem o SIG, ou seja, o SIG ainda não foi assimilado como inovação gerencial pelas organizações participantes da Rede. Tal resultado ratifica a fragilidade da difusão do SIG entre os hospitais da Rede.

Conforme apresentado no Capítulo 3, a difusão é entendida como um processo pelo qual uma inovação é comunicada por meio de canais, no tempo, e entre membros de um sistema social (ROGERS, 2003). Essa difusão se processa a partir da aprendizagem, a qual está intrinsecamente associada à capacidade de inovar. Para tanto, é imprescindível que a aprendizagem venha a ser concebida como algo interativo, não descolada do envolvimento de organizações e do contexto cultural. Observa-se que é recomendável a pertinência de uma flexibilidade organizacional e da capacidade cognitiva no sentido de absorção de novos conhecimentos. Tais atributos são elementos essenciais para a difusão de novas tecnologias.

Confirmando a percepção destacada acima, foi perguntado com que frequência o SIG era alimentado por aquela organização hospitalar, porém observou-se que 65,6%⁵⁸ dos respondentes não responderam a esta questão; 6,6% explicitaram que não dispunham da informação; 9,8% informaram que alimentam dados mensalmente; 1,6% bimestralmente; 1,6% trimestralmente; 6,6% semestralmente e 8,2% nunca alimentam o sistema.

As informações revelam que os hospitais apresentam melhorias de procedimentos assistenciais e administrativos, no entanto, não percebem o SIG da Rede como uma tecnologia de ruptura a incrementar o conhecimento das suas condutas e dos desempenhos em relação aos seus respectivos procedimentos. Esta interpretação leva a uma suposição da dificuldade de os sujeitos se relacionarem por meio da troca de dados e informações sobre gestão hospitalar.

O acesso ao conhecimento e à tecnologia pode depender em grande medida das conexões entre empresas e organizações. Esse é particularmente o caso para o conhecimento *tácito* que reside na mente das pessoas, ou para a informação que se encontra nas “rotinas” das organizações. A interação direta com pessoas que possuem conhecimento tácito ou acesso a rotinas é necessária para se obter tais tipos de conhecimento (OCDE/FINEP, 2005, p. 40).

⁵⁸ Aqui são apresentadas as informações levantadas, embora caiba a menção ao fato de que há um maior percentual de respostas em relação à frequência de alimentação do SIG (65,6%) do que em relação ao conhecimento sobre a existência dele (62,3%).

Em suma, pela análise aqui realizada, pode-se concluir que a prática da interação entre os hospitais da Rede é frágil e que as estruturas organizacionais são rígidas no tocante à predisposição dos sujeitos para compartilhar seus conhecimentos tácitos e as suas rotinas laborais. Em consequência, supõe-se, ainda, a inobservância desses hospitais para a assunção das tecnologias componentes, preconizada por Senge (2010) como tecnologias de ruptura, para promover a aprendizagem organizacional. Na próxima seção, é apresentada a modelagem das conexões destes hospitais por meio da ARS.

5.2.2.4 Interação entre as organizações hospitalares

O objetivo desta seção é identificar a estrutura das conexões dos hospitais integrantes da Rede InovarH-BA por meio de modelagens fundadas na ARS. As análises de redes utilizaram, inicialmente, informações dos eventos presenciais da Rede InovarH-BA, abertos à comunidade e organizações envolvidas com a temática sobre gestão hospitalar (i.e. redes de modo duplo ou de afiliação) e, posteriormente, a partir das questões do Grupo IV do questionário aplicado às organizações que assinaram o Termo de Adesão à Rede InovarH-BA. Essas questões visaram modelar a estrutura das relações das organizações hospitalares e o comportamento dos atores em relação:

- a) a compartilhar processos gerenciais inovadores de sucessos;
- b) a esclarecer dúvidas de processos gerenciais;
- c) a desenvolver procedimentos inovadores de gestão hospitalar.

Assim, são apresentadas redes construídas a partir das informações de pesquisa, redes de modo único e de modo duplo ou de afiliação, com os seguintes propósitos:

- a) Modelar a estrutura da Rede InovarH-BA (i.e. Modo Único e Duplo);
- b) Identificar organizações para fortalecer a governança da InovarH-BA;
- c) Identificar informações de interação dos atores que frequentam os eventos promovidos pela Rede InovarH-BA;
- d) Identificar o grau de interação e de capilaridade das organizações hospitalares da InovarH-BA.

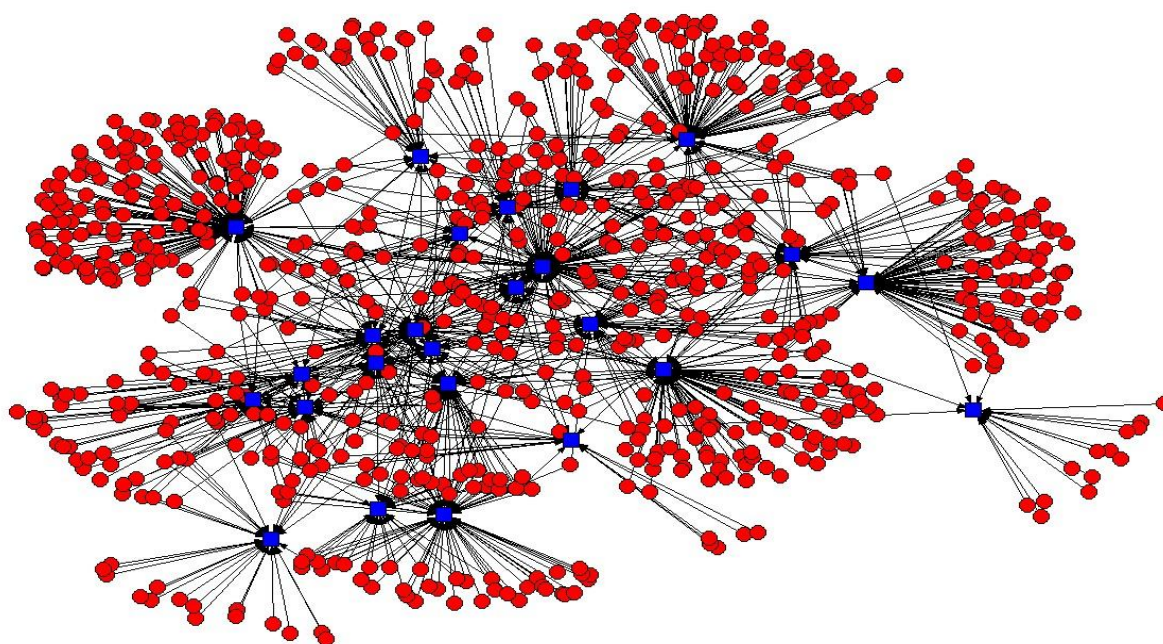
Para tanto, esta seção é organizada em mais duas subseções: a) Redes de Modo Duplo ou de Afiliação; b) Redes de Modo Único.

5.2.2.4.1 *Redes de Modo Duplo ou de Afiliação*

Para motivar o estreitamento do contato entre as organizações participantes e subsidiar o estabelecimento de uma política de qualificação permanente dos empregados/funcionários dos hospitais e serviços de saúde, a própria Rede InovarH-BA faz a mediação e apoia a realização de cursos de capacitação e eventos oferecidos pelos seus parceiros e para seus parceiros. Essas programações ocorrem em ambientes presenciais e virtuais de aprendizagem, em formato de mini-cursos, seminários, palestras, cursos de extensão e de pós-graduação, entre outros.

A Figura 18 modela uma rede por afiliação, a partir de organizações interessadas na temática sobre gestão hospitalar e eventos promovidos pela coordenação da Rede InovarH-BA entre o ano de 2006 até o ano de 2009. No Apêndice F, estão listados os 34 eventos promovidos neste período, e os 25 que constituíram a amostra utilizada para os cálculos da rede de modo duplo. A título de rememoração do apresentado na seção 4.6.2.2, estas redes são definidas como redes sociais formadas por dois conjuntos distintos de atores, e cada um desses com atributos particulares (e.g. eventos e organizações de saúde).

Figura 18 - Modelagem da Rede de Afiliação (Organização-Evento)



Fonte: Cunha, Ribeiro e Pereira (2009).

A estrutura da rede social, Figura 18, foi modelada a partir das informações registradas nas listas de frequência dos representantes das organizações nos eventos

presenciais. Na verdade, participaram dos eventos, não apenas organizações integrantes da Rede InovarH-BA, mas pessoas interessadas nos temas desses eventos, como estudantes e profissionais de serviços de saúde. Os eventos são diversificados, assumindo caráter de *workshops*, seminários, mini-cursos e palestras.

Primeiramente, para aplicar a metodologia de ARS, foram identificados os eventos realizados, as pessoas físicas e as organizações (i.e. pessoas jurídicas) participantes desses eventos, caracterizando, assim, os vértices da rede de afiliação. Em seguida, todas as informações foram armazenadas em um banco de dados, a fim de facilitar a extração dessas. Outras informações sobre cada vértice foram acrescentadas: tipo do vértice (i.e. pessoas, organização ou evento), a organização à qual cada pessoa física era vinculada e o ano de cada evento. Para a visualização e a análise das informações, foram usados os *softwares* Pajek e Ucinet.

Assim, os vértices dessa rede de afiliação se caracterizam pela relação entre os indivíduos das organizações e os eventos realizados pela Rede InovarH-BA. As informações revelam que a rede de afiliação se configura com 789 atores (i.e. pessoas físicas) e 25 eventos, totalizando 814 vértices. Optou-se por uma análise do agrupamento dos participantes por organização (i.e. pessoa jurídica), reduzindo, assim, o número de atores para 205, representando 230 vértices (i.e. 205 organizações + 25 eventos), conectados por 584 arestas (i.e. m na Tabela 3).

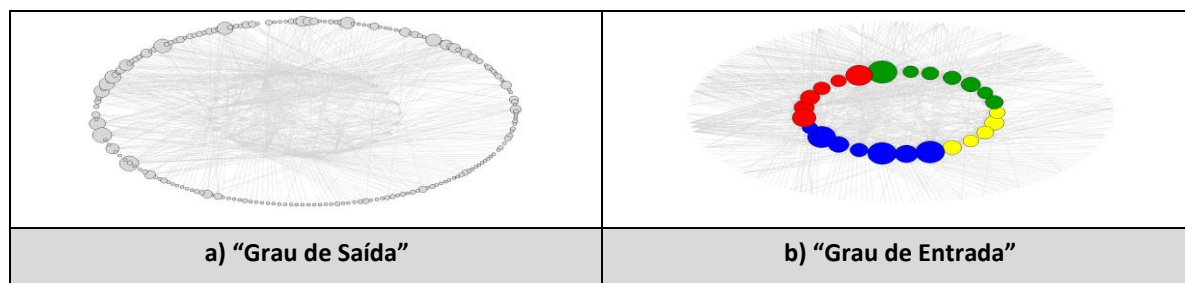
Logo, a Figura 18 modela um total de 205 organizações (i.e. vértices vermelhos) participantes dos eventos (i.e. vértices azuis), sendo que apenas 49 dessas organizações possuem Termo de Adesão com a InovarH-BA.

Para iniciar um detalhamento da análise, são representadas na Figura 19 as redes elaboradas a partir da Figura 18, em que o tamanho dos vértices está de acordo com o grau de participação de cada organização nos eventos.

Na Figura 19a, observa-se que poucas organizações participam ativamente dos eventos, configurando 'grau de saída'. Já na Figura 19b, os vértices (i.e. eventos) estão separados por cor, de acordo com o ano do evento (i.e. 2006, verde; 2007, amarelo; 2008, azul; 2009, vermelho), representando 'grau de entrada'. Poucos eventos no ano têm uma participação mais intensa das organizações – para cada cor existem alguns poucos vértices (i.e. eventos) que se destacam pelo seu tamanho. Entretanto, é notório que, em 2008, ocorreu maior participação do que os anos de 2006 e 2007, enquanto que 2009,

proporcionalmente, ocorreram mais eventos do que os outros anos, pois só contêm os eventos do primeiro semestre.

Figuras 19 - Vértices com tamanhos de acordo com os seus respectivos graus



Fonte: Cunha, Ribeiro e Pereira (2009).

As análises realizadas a partir da Figura 19 categorizam as informações por ano dos eventos realizados pela Rede InovarH-BA, os quais resultam nas informações listadas na Tabela 4. Assim, constata-se que o ano de 2008 apresenta o maior 'grau médio' de eventos (i.e. o número médio de organizações filiado a cada evento $\leftrightarrow \langle k_{\text{eventos}} \rangle$), com 30,71 participantes para cada ocorrência, além de possuir o maior número de participantes entre todos os anos (i.e. $n_{\text{atores}}=129$).

Tabela 4 - Informações gerais da Rede de Afiliação (Organização-Evento) conforme ano de acontecimento dos eventos

Informações	Geral	2006	2007	2008	2009
n_{total}	230	83	56	136	86
n_{atores}	205	76	51	129	80
n_{eventos}	25	7	5	7	6
m	584	145	82	215	142
$\langle k_{\text{atores}} \rangle$	2,84878	1,90789	1,60784	1,66667	1,77500
$\langle k_{\text{eventos}} \rangle$	23,36000	20,71429	16,40000	30,71429	23,66667
$\langle k \rangle$	2,53913	1,74699	1,46429	1,58088	1,65116
δ	0,11395	0,27256	0,32157	0,23810	0,29583

Fonte: Cunha, Ribeiro e Pereira (2009).

Para identificar as organizações que mais participaram, ao longo dos anos, foram extraídas, a partir da rede original, novas redes, contendo, apenas, as informações de cada ano. O objetivo é identificar se essas redes mantêm o ritmo de participação ou se, no decorrer dos anos, novas organizações assumem o posto de maior presença nos eventos. As quatro novas redes geradas podem ser observadas nas Figuras 20 até a Figura 23. Em cada

uma dessas ilustrações, as organizações (i.e. os atores) são exibidas com o tamanho do vértice de acordo os seus respectivos graus de participação.

Figura 20 - Grau de participação das organizações nos eventos de 2006

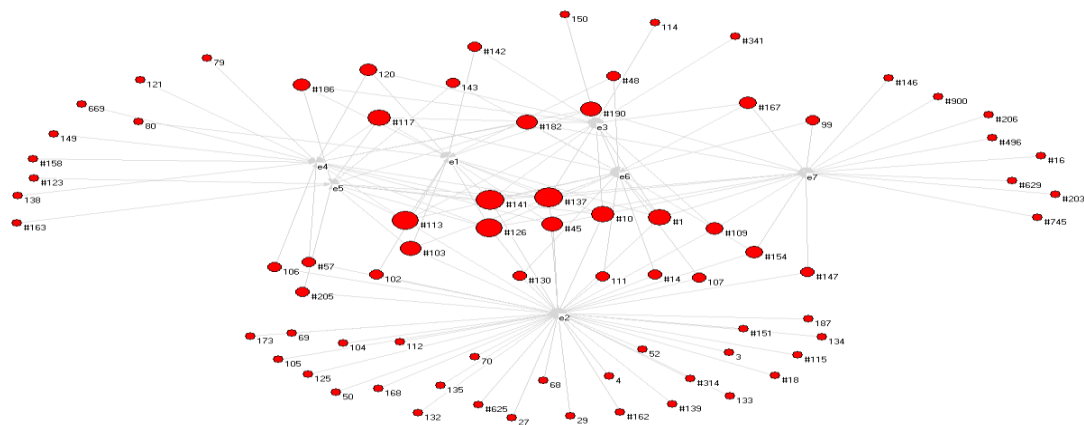
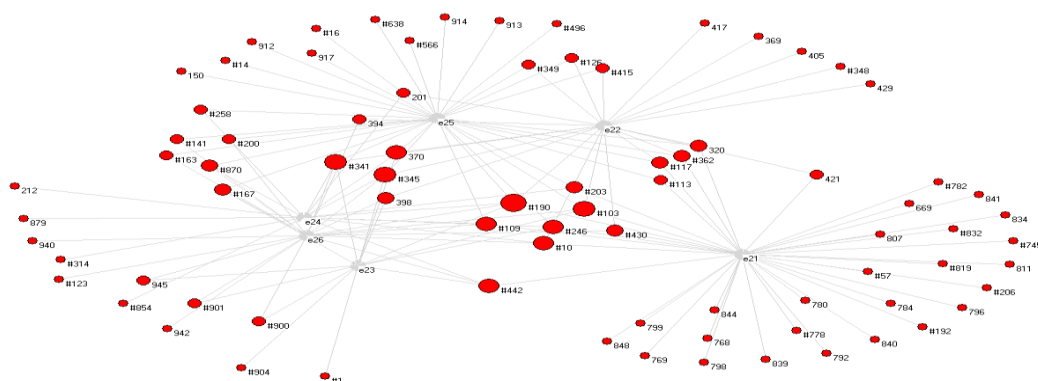


Figura 23 - Grau de participação das organizações nos eventos de 2009



Fonte: Cunha, Ribeiro e Pereira (2009).

A partir da análise visual, é possível chegar a algumas constatações. A organização #141 participou muito nos anos de 2006 e 2007, porém teve pouca participação nos últimos dois anos. Situação semelhante ocorre com a organização #1, bastante frequente nos primeiros três anos, porém reduzindo a sua participação no ano de 2009.

Por outro lado, a organização #103 ampliou sua participação nos eventos nos últimos três anos. A única organização que tem mantido uma taxa de participação elevada ao longo dos eventos realizados pela Rede InovarH-BA é a representada pelo vértice #190. Essas duas organizações, #103 e #190, parecem ter considerável conhecimento sobre a proposta da Rede InovarH-BA. Um caso curioso é da organização #10, cuja taxa de participação é alta, exceto no ano de 2007, não demonstrando uma queda contínua de sua frequência nos eventos, mas apenas um problema neste ano. Tais evidências podem levar essas organizações a se comprometerem em fazer parte da governança da InovarH-BA.

Inferese-se que essa modelagem, obtida a partir de recortes temporais da Rede, ajuda a coordenação da InovarH-BA a tomar decisões com base nos graus de participação das organizações parceiras e interessadas nos eventos realizados, e a identificar temas dos eventos sobre gestão hospitalar que atraíram maior número de participante e, por inferência, pode-se dizer quais são os temas de maior relevância para esses atores.

Algumas organizações que se destacaram nesta análise não possuem o Termo de Adesão com a Rede. Estas informações podem contribuir para que a coordenação da Rede busque as causas de certas organizações deixarem de colaborar mais ativamente com a InovarH-BA e, também, identificar organizações para compor a governança da Rede. Isto exige uma análise complementar, por meio de pesquisas futuras, para esclarecer a

constatação encontrada, relacionada ao fato de algumas das organizações que se destacaram não terem firmado o Termo de Adesão.

5.2.2.4.2 *Redes de Modo Único*

As questões do Grupo IV do questionário possibilitaram modelar a estrutura das relações das organizações hospitalares e o comportamento destas quanto a três tipos de interação: **Tipo 1 (T₁)** ⇔ desenvolver procedimentos inovadores de gestão hospitalar (i.e. colaborar); **Tipo 2 (T₂)** ⇔ esclarecer dúvidas de processos gerenciais (i.e. receber informações); **Tipo 3 (T₃)** ⇔ compartilhar processos gerenciais inovadores de sucessos (i.e. fornecer informações).

Para cada questão foi solicitado aos respondentes que indicassem três organizações hospitalares: a) com as quais desenvolveram procedimentos (i.e. uma situação real); b) às quais recorreriam para esclarecer dúvidas (i.e. uma relação de confiança caracterizada como um elo de capital social); c) com as quais compartilhariam informações (i.e. um desejo de trocar experiências). As três questões categorizaram os três tipos de interação compreendidas como relações de colaboração em aprendizagem organizacional e inovação gerencial.

A fim de apurar as relações estabelecidas entre essas organizações, optou-se por modelar os três tipos de conexões de interação dos atores em dois contextos: 1) a partir das respostas de todos os respondentes; 2) a partir das respostas, apenas, dos respondentes que têm cargos de gestores (i.e. diretores, coordenadores e supervisores). Esses dois contextos foram escolhidos para apurar os resultados, sob duas perspectivas (i.e. contexto dos respondentes que são gestores e contexto de todos os respondentes). Tais contextos geraram duas redes de modo único para cada um dos tipos de interação determinados (i.e. **T_{1R1}, T_{1R2}, T_{2R1}, T_{2R2}, T_{3R1} e T_{3R2}**).

Nesse sentido, duas redes foram geradas para cada tipo de interação (i.e. colaborar; receber informações; fornecer informações). Assim sendo, no primeiro contexto, contabilizaram os 61 respondentes e, no segundo contexto, foram reunidos, apenas, os 25 respondentes que assumem cargos de gestão. Logo, totalizaram-se 12 redes de modo único para análise e discussão (i.e. 03 tipos x 02 contextos; ademais, foram consideradas as redes

com todos os componentes⁵⁹ e as mesmas redes considerando-se, apenas, os componentes maiores). Assim, as informações levantadas e sistematizadas geraram três planilhas e, a partir de cada uma delas, originaram-se duas redes de modo único para cada tipo de interação.

Os índices iniciais para as análises foram calculados por meio do Pajek e os resultados migrados para uma planilha do Excel (Tabela 5). A partir desta planilha, procedeu-se à geração da Tabela 6, na qual foram apurados novos cálculos, fundamentados no componente maior das redes, geradas, inicialmente, com fins de corroborar com os índices anteriores. Dentre as medidas e os índices existentes na ARS, os escolhidos para inferir reflexões sobre os três tipos de interações foram:

- a) **vértice** - unidade fundamental de uma rede. A quantidade de vértices de uma rede é dada por $n=|V|$. Neste estudo, o número total das organizações hospitalares da Rede InovarH-BA é de 37 (Tabela 5);
- b) **aresta** - uma linha que conecta dois vértices representados por $m = |E|$. O número de arestas variou entre 51 a 116 linhas conectando as organizações hospitalares (Tabelas 4);
- c) **componente** - Por meio desta medida, é possível perceber a tendência à aglomeração dos vértices de uma dada rede, significando, assim, o comportamento desses em interagir e expandir-se na rede. Os cálculos apurados revelaram: 8 componentes em **T_{1R1}**, tendo o componente maior 81% (i.e. 30) dos vértices; 9 componentes representando 78% (i.e. 29 vértices) em **T_{1R2}**; 6 componentes representando 86% (i.e. 32 vértices) em **T_{2R1}** e **T_{2R2}**; 7 componentes representando 83% (i.e. 31 vértices) em **T_{3R1}** e **T_{3R2}**. Os resultados são apresentados na (Tabela 6);
- d) **coeficientes de aglomeração/Transitividade (C)**- fornece a probabilidade de um vértice A, conectado a um vértice B, estar também conectado a um vértice C vizinho de B;

⁵⁹ **Componente** - um componente é o conjunto de vértices conectados. Esta medida compõe o agrupamento de vértices na rede. Por meio desta medida, é possível perceber a tendência à aglomeração dos vértices de uma dada rede, significando, assim, o comportamento desses em interagir e expandir-se na rede. Decidiu-se analisar as redes considerando-se, apenas, seus componentes maiores, de modo a caracterizá-las topologicamente segundo o método de Watts e Strogatz (1998).

- e) **caminho mínimo médio ou caminho geodésico (distância) (L)** - é a média do menor caminho entre um vértice e outro de uma rede. Esse índice indica a distância média a ser percorrida para se atingir qualquer vértice da rede.
- f) **grau** - número de arestas incidentes a um vértice;
- g) **densidade (Δ)**- a densidade nos permite comparar a quantidade de conexões existentes em uma rede, com a quantidade de conexões possíveis de ser realizadas nesta mesma rede.

A Tabela 5 mostra os índices das redes aleatórias⁶⁰ geradas e construídas no Pajek para servir de base de comparação com as redes dos respondentes e identificar qual a topologia para cada contexto. A partir da distribuição de graus, configurou-se a tipologia das redes, considerando os números dos vértices e o respectivo grau médio ($\langle k \rangle$) de cada um desses. Para cada rede, foi criada uma rede aleatória, possibilitando os cálculos dos Coeficientes de Aglomeração (c) e dos respectivos Caminhos Mínimo Médio (L).

Considerando-se as distribuições de graus, observou-se que as redes não são livres de escala, uma vez que não obedecem a uma lei de potência⁶¹ (BARABÁSI; ALBERT, 1999; BARABÁSI, 2009).

Tabela 5 - Índices iniciais das Redes \leftrightarrow vértices ($n = |V|$), arestas ($m = |E|$), maior componente, coeficiente de aglomeração (C), caminho mínimo médio (L), grau médio (K), densidade (Δ)

Tipo	Contexto	$n = V $	$m = E $	Maior Componente	C	L	$\langle K \rangle$	Δ
T ₁	R1	37	60	30 (81%)	0,14	2,5	3,24	0,04
	R2	37	51	29 (78%)	0,09	2,54	2,76	0,03
T ₂	R1	37	108	32 (86%)	0,38	2,15	5,84	0,08
	R2	37	99	32 (86%)	0,34	2,23	5,35	0,07
T ₃	R1	37	116	31 (83%)	0,43	2,20	6,27	0,09
	R2	37	105	31 (83%)	0,38	2,09	5,68	0,08

Fonte: elaboração do autor com base na pesquisa de levantamento em 2012.

Em relação ao **Coeficiente de Aglomeração (c)**, os seguintes índices são revelados nas redes do T_{1R1} e do T_{1R2}, em 0,14 e em 0,09; do T_{2R1} e do T_{2R2}, em 0,38 e em 0,34; e, do T_{3R1} e do T_{3R2}, em 0,43 e em 0,38, respectivamente. Tais resultados demonstram **um baixo grau de capilaridade**, variando de 0,09 a 0,43, indicando, assim, que a Rede InovarH-BA, como rede

⁶⁰ "... uma rede de nós conectados por laços de forma puramente randômica" (WATTS, 2009, p. 23).

⁶¹ "as leis de potência formulam o fato de que, em muitas redes reais, a maioria dos nós tem apenas poucos *links* e esses numerosos nós pequenos coexistem com poucos *hubs*, nós que possuem um número anormalmente elevado de *links*. Os poucos *links* que conectam os nós menores entre si não são suficientes para garantir que a rede seja inteiramente conectada. Essa função é assegurada pelos relativamente raros *hubs* que impedem a desagregação das redes reais" (BARABÁSI, 2009, p. 63).

com capilaridade, não está consolidada. Isto reflete que as organizações hospitalares, em ambos os contextos analisados, tendem a uma baixa disposição a cooperar, a receber e a fornecer informações. Conseqüentemente, a interação destes hospitais em estruturas horizontalizadas é baixa. Tais resultados se coadunam com os já revelados nas falas dos entrevistados, quando esses evidenciam a necessidade de políticas para promover o fluxo de dados e informações, e para estimular os componentes da Rede InovarH-BA a intercambiar seus processos inovativos.

Quanto ao **Caminho Mínimo Médio (L)**, os resultados apontam para o T_{1R1} e o T_{1R2} , em 2,5 e em 2,54; para o T_{2R1} e o T_{2R2} , em 2,15 e em 2,23; e para o T_{3R1} e do T_{3R2} , em 2,20 e em 2,09, respectivamente. Esses indicadores **demonstram que a estrutura da rede favorece a interação e, portanto, o fluxo de interação**, apesar da baixa capilaridade demonstrada por meio do Coeficiente de Aglomeração (C).

Os graus médios ($\langle k \rangle$) das redes, com exceção das redes T_{1R1} e T_{1R2} , que apresentaram graus médios pequenos, em comparação com as demais (i.e. 3,24 e 2,76), mostram a quantidade de hospitais (i.e. nesse caso 5 ou 6 hospitais) com os quais cada hospital estudado interage (Tabela 5). Este resultado reforça a percepção de baixa capilaridade da Rede InovarH-BA.

Para a densidade (Δ) das redes, os resultados revelam as redes T_{1R1} e T_{1R2} com as densidades de 0,04 e de 0,03. Tais resultados são baixos em comparação com as demais redes. Mais uma vez, os cálculos apontam a fragilidade da expansão das interações entre os hospitais, apesar do Caminho Mínimo Médio da Rede apontar uma estrutura favorável à interação. Há, portanto, um lapso entre o potencial de interação, demonstrado pelo Caminho Mínimo Médio da Rede, e a fragilidade da interação real, demonstrada pelos demais índices. Em outras palavras, a Rede InovarH-BA pode tornar-se, de fato, uma rede com interconexão de suas partes, mas ainda não é. Além disso, infere-se que uma conscientização dos gestores hospitalares, quanto ao fortalecimento dos laços entre os hospitais, desenvolvendo programas formais e informais de difusão sobre redes, contribuirá para efetivar parcerias como mecanismos de transferência de informação.

Os índices das redes modeladas com os vértices conectados (i.e. componente maior) corroboram os resultados já discutidos (Tabela 6).

Tabela 6 - Índices das Redes com Componentes maiores \leftrightarrow vértices ($n = |V|$), arestas ($m = |E|$), coeficiente de aglomeração (C), caminho mínimo médio (L), grau médio (K), densidade (Δ)

Tipo	Contexto	n = V	m = E	C	L	<K>	Δ
T ₁	R1	30	60	0,17	2,5	4,00	0,07
	R2	29	51	0,12	2,54	3,52	0,06
T ₂	R1	32	108	0,44	2,15	6,75	0,11
	R2	32	99	0,40	2,23	6,19	0,10
T ₃	R1	31	116	0,50	2,20	7,50	0,12
	R2	31	105	0,46	2,09	6,77	0,11

Fonte: elaboração do autor com base na pesquisa de levantamento em 2012.

Por meio da comparação entre os índices iniciais de Aglomeração e Caminho Mínimo Médio com os correspondentes das redes de componente maior (e suas redes aleatórias equivalentes), é possível inferir que essas redes são redes de Mundo Pequeno⁶² (i.e. *Small-world*). Justifica-se tal premissa, uma vez que, comparando os coeficientes de aglomeração, é possível perceber que os das redes da Tabela 6 são maiores que os das correspondentes redes da Tabela 5 e, como os respectivos caminhos mínimos médios são comparáveis, isto caracteriza a topologia mundo pequeno. No mundo pequeno, a distância entre os nós apresenta pouca variação ao aumentar o tamanho da rede (WATTS; STROGATS, 1998).

No caso das redes em análise, ao observar os vértices (i.e. hospitais) agrupados localmente (i.e. coeficientes de aglomeração) nota-se que não há muitas variações no caminho mínimo médio. Isto caracteriza que cada nova possibilidade de interações entre os hospitais precisará de poucas ligações com outros membros da rede. Isso cria um ambiente onde as ligações entre os hospitais tendem a ficar estáveis, justificável pelo fato de serem empreendimentos que trabalham voltados à atenção à saúde (i.e. ao SUS) e de fortalecimento do capital social da rede.

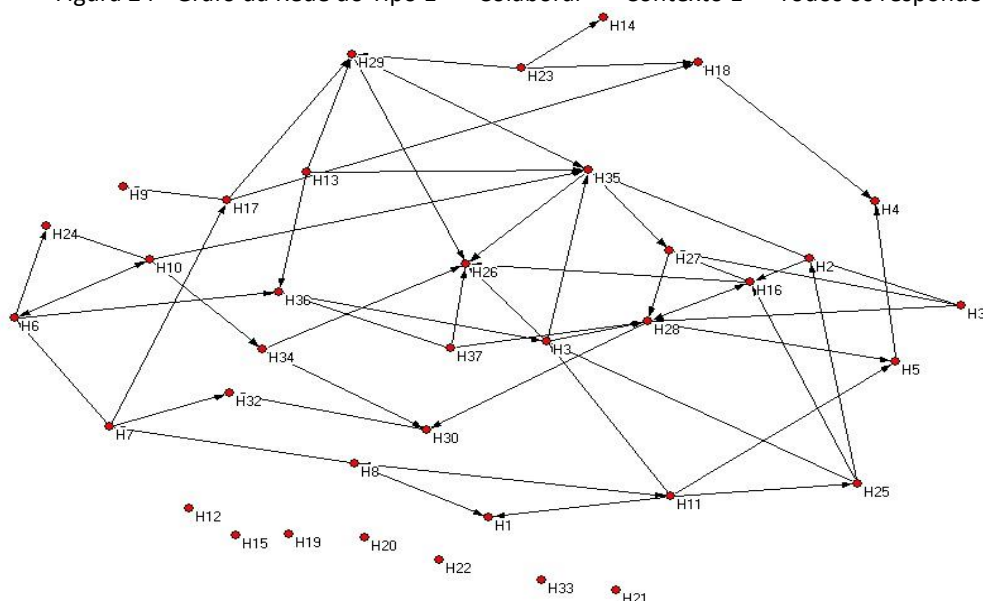
Pelo fato de não serem livres de escalas, são redes robustas e resistentes a possíveis ataques planejados, uma vez que não existem *hubs* que revestem uma particular importância estratégica. Em outras palavras, isso revela a solidez das organizações que compõem a rede, a existência de alguns laços entre elas, mas a necessidade de ampliar a prática da colaboração, interação e capilaridade.

⁶² O fenômeno *Small-world* é observado em uma variedade de redes reais, apresenta o tipo de comportamento quando a menor distância média entre os vértices (i.e. nós) variar com o logaritmo do sistema (N), e o coeficiente de agrupamento for grande (i.e. presença de aglomeração alta e presença de atalhos pequenos) com o caso aleatório.

Outro índice analisado foi a **densidade** das redes, possibilitando determinar a relação entre o número de arestas (i.e. conexões) presentes na rede e o número máximo de arestas possíveis, o que estabelece uma relação com a capilaridade. Uma densidade maior indica uma maior quantidade de vínculos (NEWMAN, 2011). Uma densidade elevada, no caso destas redes, poderia representar a propensão destes hospitais ao *habitus* da interação. Os valores da densidade encontrados nas redes variam entre 0,038 a 0,12, que são relativamente baixos, uma vez que o índice de densidade varia entre 0 e 1. Infere-se que a coesão entre os vértices destas redes é particularmente fraca. Isto posto, pode-se presumir que a rede é esparsa, pois, quanto maior for o número de conexões, mais integrada, coesa e orgânica. Tais resultados corroboram com os demais encontrados nos Grupos I, II e III do questionário e com as falas dos entrevistados sobre a perspectiva da assunção de estruturas horizontalizadas nestas organizações.

Nas Figuras 24 e 25 são apresentadas as rede Tipo 1 ⇔ desenvolver procedimentos inovadores de gestão hospitalar (i.e. colaborar), nos contextos 1 e 2.

Figura 24 - Grafo da Rede do Tipo 1 ⇔ Colaborar ⇔ Contexto 1 ⇔ Todos os respondentes

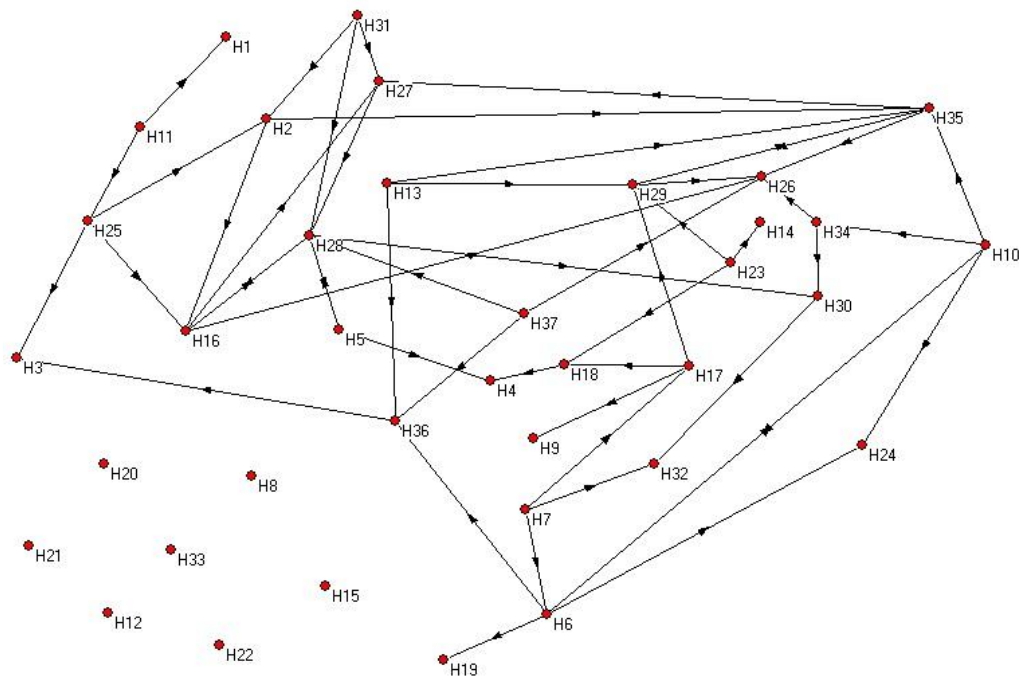


Fonte: elaboração do autor com base na pesquisa de levantamento em 2012.

Analisando as Figuras 24 e 25, infere-se que os atores H28, H26 e H35 estabelecem o maior número de conexões relacionadas a desenvolver procedimentos inovadores com os demais atores. Tal fato revela a primazia destes hospitais entre os demais integrantes da Rede InovarH-BA no que se refere a colaborar em processos gerenciais. É possível notar que o ator H28 estabelece parcerias com 07 outras organizações hospitalares (i.e. $k = 7$). Os resultados mostram que os atores H12, H15, H19, H20, H21, H22 e H33 se encontram

desconectados e, ao que parece, não desenvolvem procedimentos com nenhuma organização hospitalar, ou não são demandados por nenhum hospital para tal finalidade.

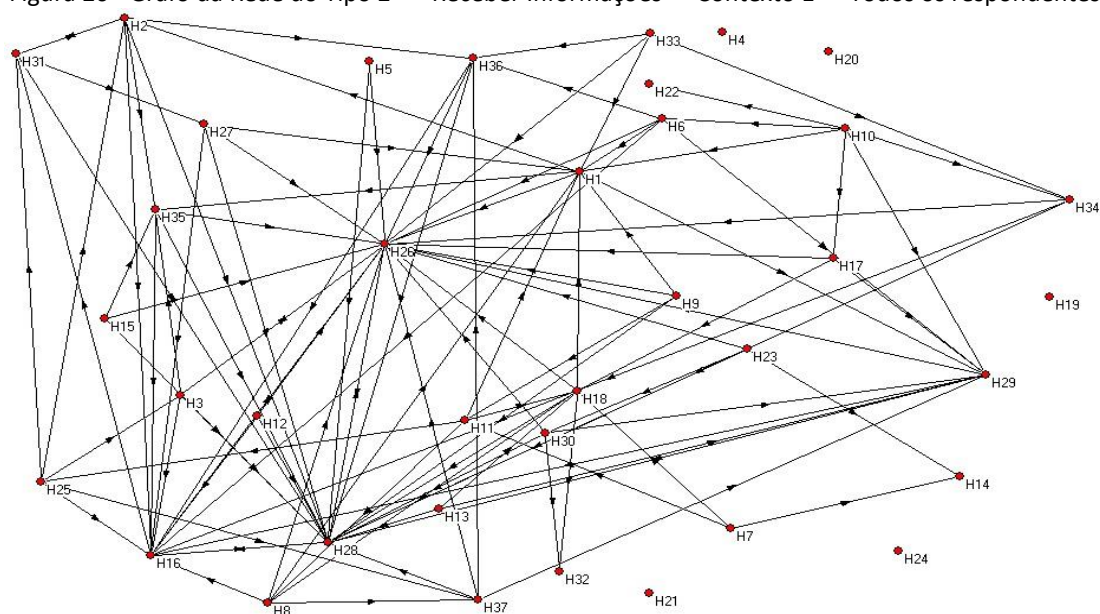
Figura 25 - Grafo da Rede do Tipo 1 ⇔ Colaborar ⇔ Contexto 2 ⇔ Líderes



Fonte: elaboração do autor com base na pesquisa de levantamento em 2012.

Nas Figuras 26 e 27 são apresentados os grafos da modelagem da rede Tipo 2 ⇔ Esclarecer dúvidas (i.e. receber informações), nos contextos 1 e 2.

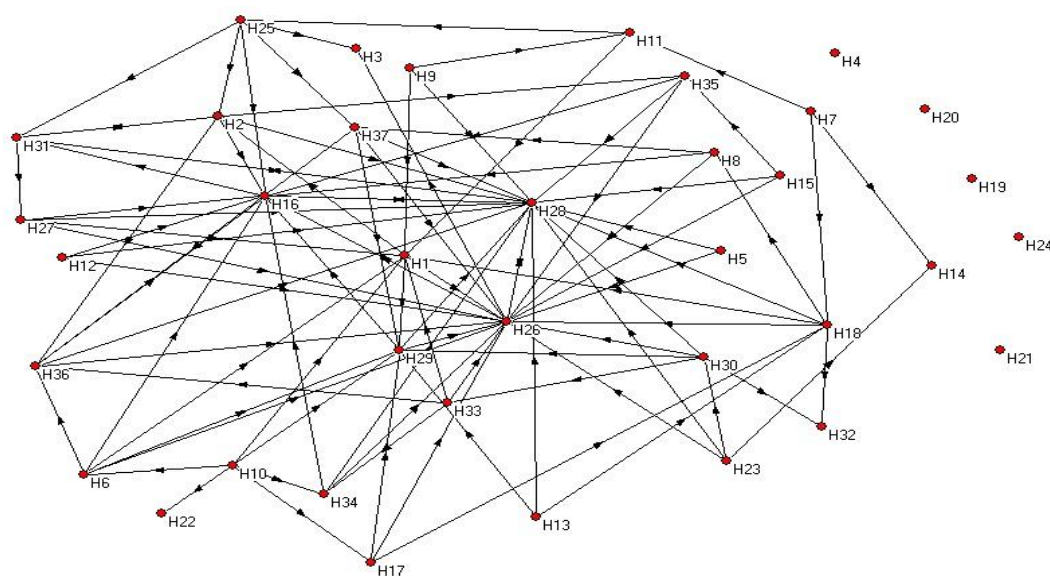
Figura 26 - Grafo da Rede do Tipo 2 ⇔ Receber Informações ⇔ Contexto 1 ⇔ Todos os respondentes



Fonte: elaboração do autor com base na pesquisa de levantamento em 2012.

As organizações hospitalares mais procuradas para fornecer informações são a H₂₆, seguida das H₂₈ e H₁₆, manifestando a confiança depositada pelos demais hospitais nestas três organizações. Essa modelagem evidencia: que os atores H₄, H₁₉, H₂₀, H₂₁, H₂₁ e H₂₄ se encontram desconectados, revelando ausência de laços de capital social dentre os hospitais que compõem a Rede InovarH-BA.

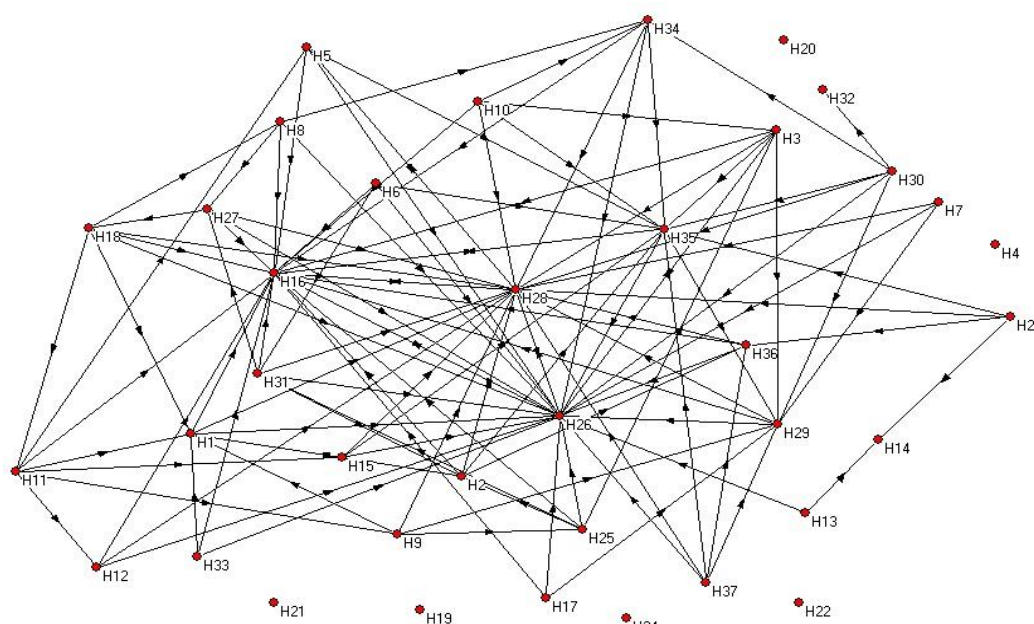
Figura 27 - Grafo da Rede do Tipo 2 ⇔ Receber Informações ⇔ Contexto 2 ⇔ Líderes



Fonte: elaboração do autor com base na pesquisa de levantamento em 2012.

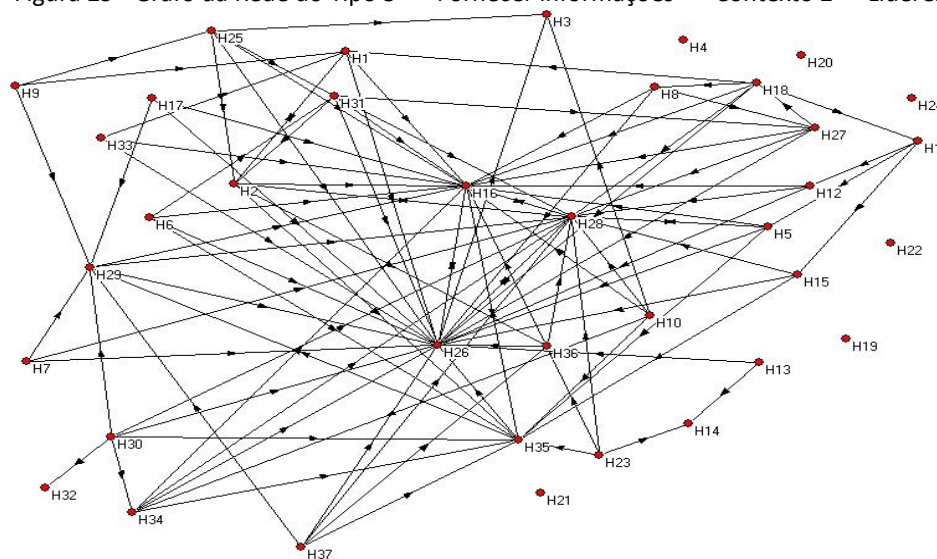
Nas Figuras 28 e 29, são apresentados os grafos da modelagem da rede Tipo 3 ⇔ Compartilhar processos gerenciais inovadores de sucessos (i.e. fornecer informações). Os grafos mostram os hospitais H₁₆, H₂₆ e H₂₈ como aqueles com os quais os demais integrantes da Rede InovarH-BA desejariam compartilhar informações gerenciais. Por outro lado, nenhuma organização da Rede demonstra interesse no compartilhamento de procedimentos com as organizações hospitalares H₄, H₁₉, H₂₀, H₂₁, H₂₂ e H₂₄.

Figura 28 - Grafo da Rede do Tipo 3 ⇔ Fornecer informações ⇔ Contexto 1 ⇔ Todos os respondentes



Fonte: elaboração do autor com base na pesquisa de levantamento em 2012.

Figura 29 - Grafo da Rede do Tipo 3 ⇔ Fornecer informações ⇔ Contexto 2 ⇔ Líderes



Fonte: elaboração do autor com base na pesquisa de levantamento em 2012.

Observa-se, a partir das redes supracitadas, a centralidade de graus de dois hospitais (i.e. H₂₈, H₂₆) no cenário das organizações hospitalares que compõem a Rede InovarH-BA, como organizações com as quais as demais desenvolvem procedimentos inovadores. Tal fato indica que os demais hospitais recorrem a essas duas organizações para solucionar dúvidas e com estas gostariam de compartilhar experiências de sucesso. Isso demonstra certo grau de organização espontânea da rede hospitalar, entretanto, infere-se que, em termos operacionais e em uma visão geral da Rede InovarH-BA, a interação é frágil, já que mais de 1/3 das organizações não indicaram nenhuma outra com a qual desenvolveram

procedimentos inovadores, do que se depreende que 1/3 das organizações hospitalares não interage com as demais para inovar.

Não obstante as ilações sobre as redes modeladas, é pertinente uma investigação mais apurada para identificar a importância dos hospitais H₁₆, H₂₆, H₂₈ e H₃₅, para ratificar a intermediação nas comunicações entre os outros hospitais. Justifica-se tal investigação, uma vez que, quanto mais um hospital participa das geodésicas entre os demais atores da rede, maior a sua importância como intermediário nestas ligações (i.e. centralidade de intermediação). Tal aspecto não foi apurado nesta pesquisa, pois o objetivo principal de uso da ARS foi identificar a interação (i.e. caminho mínimo médio) e a capilaridade (i.e. densidade) da estrutura da Rede InovarH-BA.

5.3 O *COMPLEXUS* DOS RESULTADOS

Nesta seção, as interpretações advêm de uma tessitura conjunta das informações reveladas nas entrevistas e nos questionários, associadas aos aportes conceituais (re)visitados nesta tese. As afirmações caracterizam-se como assertivas conclusivas em relação à pesquisa de campo, não as generalizando para outras organizações hospitalares ou para outras redes vinculadas à proposta do SUS ou aquelas de um SLI.

Assim sendo, retomam-se três dos quatro objetivos específicos desta pesquisa (i.e. **OE₁**, **OE₂** e **OE₃**) com a finalidade de alcançar o objetivo geral. Tais assertivas conclusivas geram, ainda, considerações relacionadas a algumas possibilidades e barreiras do objeto empírico, analisado como uma tecnologia para a difusão de conhecimentos em gestão hospitalar. Nesta perspectiva, esta seção é desdobrada em três subseções: 1) **OE₁** ⇔ Rede InovarH-BA como *locus* de um SLI; 2) **OE₂** ⇔ Estrutura da Rede InovarH-BA; 3) **OE₃** ⇔ Iniciativas de aprendizagem organizacional e inovação gerencial.

5.3.1 **OE₁** ⇔ Rede InovarH-BA como *locus* de um SLI

Em geral, o desenvolvimento e a implantação de redes de inovação e aprendizagem estão intrinsecamente relacionados à complexidade e a diferenciação dos contextos sociais dos sujeitos instituídos e instituintes que conformam a rede. Na perspectiva dessas redes de inovação e aprendizagem, ao serem considerados os hospitais, contextualizados como

organizações intensivas em conhecimento e integrantes do complexo industrial da saúde no setor de serviços em saúde, supõe-se que tal realidade não se consumará se a proposta não estiver alicerçada nas premissas de um SLI, por conseguinte, de um modelo de desenvolvimento que promova a inovação.

Os entrevistados creem que a participação das organizações hospitalares na Rede InovarH-BA potencializa as oportunidades de conhecer novas modalidades de inovação gerencial, indicando uma tendência por estruturas organizacionais descentralizadas, com gestão participativa, caracterizando-as como mecanismos de difusão de informações sobre procedimentos assistenciais e administrativos. Contudo, nas falas dos entrevistados são evidenciadas: a) a dificuldade de interação entre os sujeitos que fazem os serviços de saúde associada a modelos mentais arraigados sobrepondo os processos às pessoas, e; b) a ausência de novas dimensões estratégicas para efetivar as políticas e as regulamentações discutidas nesta tese sobre o SUS e as de um SLI na saúde.

Ao se confrontar essas evidências levantadas nas entrevistas com as respostas ao questionário no que se refere às principais fontes de ideias, informações e conhecimentos, constata-se que as fontes estão relacionadas aos empregados, funcionários, colaboradores internos, clientes e usuários e ao Ministério da Saúde e à Secretaria Estadual de Saúde. Ressalta-se que, quanto às relações com essas duas instituições, elas *per se* são de natureza compulsória e não espontânea.

Ainda acerca de fontes de ideias, os questionários revelam que universidades, outros hospitais, fornecedores, Secretarias Municipais de Saúde, OPAS, especialistas sobre gestão hospitalar e redes sociais têm relevância secundária. Interpreta-se, assim, que os entrevistados, bem como os respondentes ao questionário, desconhecem a configuração e a proposta de um SLI. Em consequência, conclui-se que os gestores não priorizam a interação entre governo, empresas ou organizações produtivas e instituições de ensino e pesquisa, de forma espontânea, para a utilização de fluxos estratégicos de informação e a criação de conhecimento em razão deste desconhecimento e de um modelo mental enraizado nas premissas de um modelo de gestão hierarquizado.

Não obstante estas informações e as interpretações que elas suscitam, pode-se afirmar que o modelo da Rede InovarH-BA, como iniciativa da OPAS/OMS e do Ministério da Saúde brasileiro, que reúne a EAUFBA com parcerias com o CNPq e a REGESUS do Ministério da Saúde, em consonância com os hospitais que firmaram a adesão à Rede, configura um

sistema de inovação, conforme discorrido no Capítulo 2. Considerando, ainda, a proposta de Silva, Suassuna e Maciel (2009) para um modelo de desenvolvimento baseado em inovação, observa-se que existem possibilidades para um modelo de desenvolvimento econômico de inovação voltado à indústria dos prestadores de serviços em saúde. Demonstra-se tal modelo, nesta tese, por meio do Quadro 14.

Quadro 14 - Modelo de Desenvolvimento Econômico – Indústria de Serviços em Saúde

CAMADAS	ELEMENTOS	REDE InovarH-BA
1ª Políticas Públicas	Ligações, Aprendizagem e Investimentos	Portaria Ministerial, Projetos OPAS/OMS, CNPq, OPAS/REGESUS
2ª Sistema Local de Inovação	Instituições, Organizações, Território e Espaços	Ministério da Saúde, Secretarias de Saúde, Hospitais, o Estado baiano, os espaços virtuais e presenciais – Rede InovarH-BA, OPAS/OMS
3ª Governança	Governo, Indústria, Universidade e Organizações do Terceiro Setor	Ministério da Saúde, Secretarias de Saúde, Hospitais, EA UFBA, Associações, Agências de Fomento

Fonte: adaptação de Cunha e Ribeiro (2009) de Silva, Suassuna e Maciel (2009, p. 29).

Parafraseando Silva, Suassuna e Maciel (2009), o *start-up* para um modelo desta natureza dá-se a partir de políticas públicas que fomentem a criação de ligações entre organizações, aprendizagem e investimento voltados à inovação. Tais políticas tendem a estimular e consolidar componentes de um SLI: o arcabouço institucional local, governo, organizações de ensino e pesquisa e organizações produtivas nos seus processos de inovação. Para esses autores, o modelo requer a estruturação de uma Governança do processo de desenvolvimento por meio de alianças entre governo local, o setor produtivo e a academia, com participação do terceiro setor.

A portaria de nº 1.773 do Ministério da Saúde (Anexo A) legitima a Rede InovarH, e os projetos firmados entre a EAUFBA e a OPAS/OMS, CNPq e REGESUS/MS subsidiam ações para aglomerados de prestadores de serviços em saúde do Estado da Bahia e para adesão de organizações do terceiro setor.

Projetos que fomentam ligações, aprendizagem e investimentos podem ser considerados os ativos intangíveis para políticas de desenvolvimento de inovações (MYTELKA, 2000 *apud* SILVA; SUASSUNA; MACIEL, 2009). O Quadro 15 resume os objetivos gerais de projetos desta natureza na Rede InovarH-BA.

Quadro 15 - Projetos da Rede InovarH-BA e Objetivos

PROJETOS	OBJETIVOS GERAIS
OPAS/OMS	1) Fortalecer a capacidade de gestão das organizações prestadoras de serviços de saúde; 2) Elaborar SIG para o Portal da Rede InovarH-BA para subsidiar gestores públicos na tomada de decisão, baseada em indicadores de avaliação dos hospitais participantes da rede, de modo a estimular a adoção de práticas inovadoras de gestão de serviços de saúde; 3) Contribuir na difusão de inovações gerenciais mediante a adoção de boas práticas.
CNPq	1) Desenvolver e Operacionalizar o SIG do Portal da Rede InovarH- BA; 2) Fomentar a comunicação e a difusão de inovações tecnológicas entre organizações prestadoras de serviços de saúde e sociedade civil no Estado da Bahia, fortalecendo vínculos necessários à melhoria contínua da qualidade e adoção de boas práticas de Gestão de Serviços de Saúde.
OPAS/REGESUS/MS	1) Fortalecer a capacidade de gestão do SUS no Estado da Bahia mediante a execução de uma política de qualificação dos gerentes das organizações hospitalares, de modo a estimular a educação em serviço.

Fonte: Cunha e Ribeiro (2009).

As ligações configuram formas de interação, dentro e fora do ambiente local, das organizações produtivas com outras organizações, promovendo novos produtos, serviços, processos e formas de organização ao mercado. Estimular e apoiar essas interações potencializa relações de confiança entre as organizações, propiciando diminuir os custos de transação. A aprendizagem é vista como o fluxo de conhecimento tácito e explícito nas ligações entre organizações produtivas e demais organizações, reforçando as dependências não comerciais e “criando vantagens competitivas locais difíceis de serem imitadas por outras regiões” (SILVA; SUASSUNA; MACIEL, 2009, p. 29-30). Essas práticas fomentam, ainda, a cultura de investimento em destinar recursos disponíveis (i.e. capital próprio das organizações produtivas ou de terceiros) para a inovação.

Associam-se, assim, as atividades da Rede InovarH-BA no desenvolvimento destes três ativos, os quais são potencializados por meio de políticas (ao menos é uma iniciativa a partir da portaria ministerial), incentivos, organizações produtivas de serviços de saúde e instituições. Esses meios são partes de um sistema coerente e integrado de suporte a inovações gerenciais nos hospitalares.

Observa-se que a operacionalização do SIG pode subsidiar a geração de conhecimentos e a difusão de práticas de gestão hospitalar. No entanto, tal premissa só se consolidará a partir da adoção e assimilação deste sistema entre os sujeitos e as organizações hospitalares. Além disso, o SIG viabiliza a proposta de realização da avaliação de *Benchmarking* entre esses hospitais, e isto o configura como uma técnica de

gerenciamento avançada, corroborando competências individuais e organizacionais dos sujeitos e dos serviços.

Conforme revelado nas entrevistas, destaca-se como uma das limitações para fomentar a comunicação e a difusão de inovações tecnológicas entre organizações prestadoras de serviços hospitalares a descontinuidade administrativa, decorrente das constantes mudanças de gestores públicos da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (SESAB).

Infere-se, assim, que, para elaborar um modelo de desenvolvimento econômico, conforme ilustrado no Quadro 14, a primeira camada se coaduna com as atividades propostas pela Rede InovarH-BA. Conforme defendido por Silva, Suassuna e Maciel (2009, p. 30),

[...] uma política de desenvolvimento econômico estabelece uma visão de futuro na qual uma situação atual indesejável é transformada em uma situação futura melhorada, define diretrizes para a realização desta visão e estrutura compromissos institucionais e políticos necessários para viabilizar esta realização. Na implementação da política, os atores, de acordo com seus compromissos, utilizam instrumentos e desenvolvem ações que levam aos objetivos, guiados por princípios, diretrizes e prioridades estratégicas. A combinação da realização de todos os objetivos deve levar à realização da visão de futuro.

Nos aspectos relacionados às demais camadas (i.e. SLI e Governança), a iniciativa da Rede InovarH-BA propicia a consolidação das mesmas:

a) a Rede InovarH-BA, por meio da OPAS/OMS, do Ministério da Saúde, das Secretarias de Saúde, dos hospitais, do Estado baiano e dos espaços virtuais e presenciais, reúne os elementos de um SLI para os quais direcionam a implantação de uma política de desenvolvimento. Essa proposta de modelo adiciona a dimensão territorial às dimensões institucional e organizacional dos sistemas de inovação, quais sejam: a) arcabouço institucional (i.e. regras, leis, práticas, incentivos e fomento); b) tecido organizacional (e.g. empresas, universidades, incubadoras de empresas, parques tecnológicos, centros de pesquisa, desenvolvimento e inovação, agências governamentais, bancos, investidores etc); c) território (i.e. local e seu entorno).

b) a Rede InovarH-BA pode desenvolver e assimilar um sistema de Governança a partir de um modelo *Triple Helix* de interação entre governo, indústria (organizações produtivas) e

universidade por meio de ações multilaterais horizontais. Para Silva, Suassuna e Maciel (2009, p. 31),

[...] isto implica no estabelecimento de uma organização (existente ou criada com fim específico) com mandato para executar políticas públicas, na qual todos os atores interessados estejam representados de forma balanceada. No Brasil, o conceito de Organizações Sociais cria o arcabouço institucional que respalda a existência e atuação deste tipo de organização.

Entende-se que existem possibilidades para a efetividade da Rede InovarH-BA na conformação de um SLI. Em relação ao estágio de uma rede desta natureza, conforme preconizado por Bessant e Tidd (2009) no Capítulo 3 na seção 3.2, sinaliza-se que o propósito de configurar-se como um SLI – demonstrado pela abertura à adoção de inovações, tais como explorar novas tecnologias – é consensuado entre aqueles interessados na perenidade da Rede. No entanto, observa-se, ainda, a ausência efetiva de consenso para estabelecer processos operacionais críticos, tais como: gerenciamento de limite de rede, tomada de decisão, resolução de conflitos, processamento de informações, gestão do conhecimento, motivação, compartilhamento de riscos/benefícios, coordenação.

Quanto às limitações registradas neste estudo, focado na Rede InovarH-BA, constata-se que realidade semelhante é encontrada em outros estudos. Conforme Teixeira (2007), a gestão de redes não é algo simples, o que acarreta o fracasso de programas e projetos sociais, mesmo com as boas intenções dos agentes envolvidos. Para Fialho (2005), existem barreiras gerais e específicas na construção de redes de cooperação interorganizacionais, destacando-se duas intrinsecamente relacionadas: a complexidade e a diferenciação dos contextos sociais. A falta de conhecimento, decorrente da pouca experiência acumulada dos atores que compõem as redes, é uma barreira, porque dificulta a sua construção e o seu funcionamento.

Os contextos também se diferenciam conforme as especialidades de seus propósitos, o que envolve escopo amplo ou redes genéricas de colaboração, redes de aprendizagem e redes de propósitos especiais de maior ou menor duração. A depender da natureza da rede, do escopo dos seus objetivos e do seu contexto interno, o perfil organizacional será mais ou menos heterogêneo (FIALHO, 2005).

Uma das premissas para operacionalizar a gestão de rede colaborativa é estabelecer uma plataforma de tecnologia que facilite o intercâmbio de informações. Nesse aspecto, o

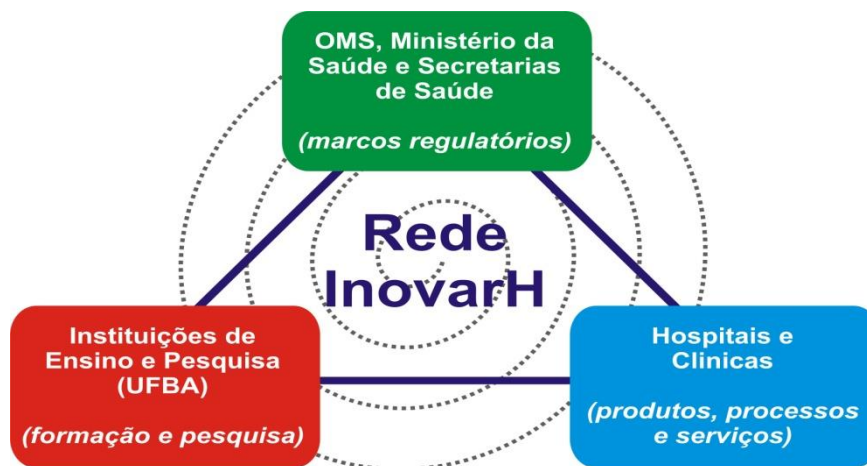
Portal da Rede InovarH-BA, o SIG e os eventos de qualificação, capacitação e educação permanente são componentes que promovem o fluxo de saberes distintivos em gestão hospitalar. Assim, a Rede InovarH-BA caracteriza-se como uma tecnologia que promove espaços de aprendizagens organizacionais, configurando-a como um mecanismo de difusão de informações.

Retornando a tese de Sabato, que defendia a necessidade de uma atuação integrada de governo-empresas-academia para garantir a sustentabilidade do desenvolvimento econômico, e, considerando as discussões sobre a concepção da Rede InovarH com a missão de apoiar o desenvolvimento e a difusão de práticas inovadoras de gestão e aprendizagem em organizações hospitalares, pode-se visualizar esta Rede como o *locus* de um SLI como mostra a Figura 30.

Em um SLI e na própria Rede InovarH-BA é pertinente que os gestores compreendam a correlação entre modelos de gestão e redes. No entanto, as informações levantadas demonstram uma fragilidade em práticas de gestão que favoreçam a atuação em estruturas horizontalizadas e no intercâmbio de processos inovativos (e.g. da gestão do conhecimento e organizações de aprendizagem). Fundamentados nos aportes conceituais percorridos nos Capítulos 2 e 3 e nas seções deste Capítulo, não se descarta o potencial de essa Rede fomentar a aprendizagem organizacional e a inovação gerencial. Mas são necessárias ações para que este potencial se concretize, e estas ações passam pelo estímulo à inclusão da interação como prática entre os sujeitos que atuam nos hospitais.

A (re)visão conceitual aponta iniciativas e investimentos na formação dos profissionais de saúde em técnicas de gerenciamento avançado, para efetivar estruturas organizacionais horizontalizadas e dinamizar o fluxo de dados e informações assistenciais e administrativas. Se, por um lado, existem políticas nacionais desta natureza, por outro, as informações levantadas na pesquisa de campo revelam o desconhecimento dos gestores na adoção destas. Tal fato se caracteriza como entrave ao desenvolvimento de qualquer atividade econômica de forma sustentável, principalmente a saúde, que é um segmento complexo e apoiado em serviços e em relacionamentos interpessoais e interorganizacionais.

Figura 30 - A Rede InovarH-BA sob a ótica de um SLI



Fonte: Cunha e Ribeiro (2009).

Conclui-se, enfatizando a necessidade de novas orientações estratégicas como a difusão de políticas públicas e organizacionais para sensibilizar e mobilizar os gestores das organizações componentes da Rede InovarH-BA para se organizarem de maneira capilar, efetivando sinergias coletivas, e tal recomendação pode ser estendida aos grupos organizacionais e populacionais que configuram o SUS.

5.3.2 OE₂ ↔ Estrutura da Rede InovarH-BA

Os aportes conceituais (re)visitados da economia da inovação e de outras áreas do conhecimento, a exemplo da administração e das ciências da informação e da saúde coletiva, evidenciam que as redes sociais contribuem para criar ou dinamizar processos de inovação e aprendizagem. Em relação aos objetivos e às atividades da Rede InovarH-BA, as informações reveladas na pesquisa de campo expressam que a qualificação das pessoas é valorizada pelos integrantes desta Rede, e os cursos realizados para este fim são apontados como um elemento que favorece a criação de vínculos entre as organizações hospitalares. Por outro lado, o SIG e o Portal da Rede InovarH-BA não demonstram relevância como mecanismos de difusão para a aprendizagem e a inovação, e a ARS aplicada para a modelagem desta Rede evidencia a fragilidade da interação (e.g. grau) e da coesão (e.g. densidade e aglomeração) dos hospitais na rede.

Conclui-se que as organizações hospitalares da InovarH-BA demonstram inclinação para adotar as práticas de gestão que favorecem a aprendizagem e a inovação, utilizam ferramentas e processos de aprendizagem que podem propiciar esses processos, porém estas ferramentas e os procedimentos ainda se aplicam, primordialmente, à própria organização hospitalar, carecendo de abertura ao compartilhamento, ratificando um comportamento contrário ao *habitus* da interação.

A fragilidade da interação dessas organizações e da coesão delas na rede requer políticas para promover o fluxo de dados e informações, e requer dos componentes da Rede InovarH-BA abertura para intercambiar seus processos inovativos. A interação destes hospitais em estruturas horizontalizadas e capilarizadas é uma qualidade ou propriedade ainda a ser adotada, incorporada, assimilada e desenvolvida pelos sujeitos, instituições e organizações de serviços de atenção à saúde.

Compreende-se que os **instrumentos operacionais** da Rede InovarH-BA representam espaços ou estruturas para compartilhar relações de aprendizagem e gestão do conhecimento. Esses instrumentos podem ser associados a uma plataforma de interação – na abordagem de conforme Nonaka, Toyama e Konno, 2000, os *Ba*. Assim, cabem as seguintes analogias: a) o Portal www.inovarh.ufba.br como o *Ba* da Sistematização e *Ba* do Treinamento; b) o SIG como o *Ba* da Sistematização; c) os eventos presenciais realizados como *Ba* da Criação, *Ba* da Interação e *Ba* do Treinamento; d) os cursos de extensão e de pós-graduação *lato sensu* cancelados por meio da EAUFBA como *Ba* da Criação, *Ba* da Interação, *Ba* da Sistematização, e *Ba* do Treinamento.

As TICs utilizadas pela Rede podem ser vistas como elementos para o processo de conversão de conhecimento, propiciando, assim, ativos do conhecimento: a) o Portal Colaborativo pode ser visto como um espaço para interação e compartilhamento das informações entre a comunidade e participantes da Rede (Combinação/Sistêmico – Internalização/Rotinas); b) o SIG, integrado ao Portal (Combinação/Sistêmico), pode ser acessado pelos seus parceiros através da internet. O SIG contém um conjunto de indicadores cadastrados que, alimentados periodicamente pelos gestores dos hospitais, buscam, por exemplo, a geração de relatórios estratégicos e o compartilhamento das boas práticas gerenciais entre os integrantes da Rede (Externalização/Conceitual, Combinação/Sistêmico e Internalização/Rotinas).

A Rede, por meio destas tecnologias e dos eventos presenciais realizados (Socialização/Experiencial - *Ba* de Criação; Externalização/Conceitual - *Ba* da Interação), se propõe a motivar o estreitamento do contato entre as instituições participantes, subsidiar o estabelecimento de uma política de qualificação dos gerentes das organizações hospitalares e, também, promover melhorias nas práticas gerencias dos hospitais (Internalização/Rotinas – *Ba* do Treinamento).

A Figura 31 demonstra o modelo SECI, os quatro *Ba* e os ativos do conhecimento associados à Rede InovarH-BA.

Figura 31 - Modelo SECI, os quatro *Ba* e os ativos do conhecimento associados à Rede InovarH-BA



Fonte: Fundamentado em Nonaka, Toyama e Konno (2000).

Os fatores de entradas (*inputs*) e de saídas (*outputs*), representando os ativos do conhecimento na Rede InovarH-BA, são categorizados a partir das três premissas abaixo:

a) A estruturação das atividades que visam à criação de uma ambiência de interação, aceleradora do processo de aprendizagem colaborativa da Rede, baseia-se no processo de *Benchmarking* coletivo (*inputs*), tomando como base o modelo Estrutura-Condução-Desempenho. A partir das características hospitalares (porte, estrutura e grau de complexidade) e da sua forma de atuar em relação aos processos hospitalares mais relevantes (condução - *inputs*), busca-se explicar os diferentes resultados alcançados (desempenho - *outputs*);

b) Se esse processo de *Benchmarking* coletivo for adotado, evidenciará as práticas de gestão (*outputs*) mais relevantes para a melhoria dos indicadores hospitalares (especialmente, Socialização/Experiencial). O processo de aprendizagem acontecerá a partir

da disseminação das práticas relevantes identificadas (Externalização/Conceitual, Combinação/Sistêmico, Internalização/Rotinas);

c) A ampliação da frequência de reuniões (oficinas de consenso) com representantes dos hospitais poderá, mais facilmente, determinar os indicadores mais relevantes (*inputs*) e verificar se é factível a mensuração das variáveis que os compõem (Socialização – Externalização). Assim, o desempenho hospitalar (*outputs*) poderá ser mais bem avaliado. Essas reuniões já estão sendo desenvolvidas e delas participam especialistas da área de saúde, com a finalidade de eliminar eventuais ambiguidades na definição dos indicadores e traduzir, de forma clara, as variáveis de cada indicador (os indicadores foram expressos a partir de fórmulas matemáticas), a fim de explicitar a forma de mensuração das mesmas (Externalização). Assim, a proposta é ampliar a frequência de ocorrência das reuniões.

Analisando este conjunto, pode-se dizer que a Rede InovarH-BA propicia ativos intangíveis para políticas de desenvolvimento de inovações. Conforme Mytelka (2000 apud SILVA; SUASSUNA; MACIEL, 2009), esses ativos são: ligações e aprendizagem. As **ligações** (Experienciais/Rotinas) configuram formas de interação, dentro e fora do ambiente local, das organizações com outras organizações, promovendo novos produtos, serviços, processos e formas de organização (*inputs/outputs*). Estimular e apoiar essas interações potencializa relações de confiança entre as organizações (*outputs*), propiciando diminuir os custos de transação. A **aprendizagem** (conceitual/sistêmica) é vista como o fluxo de conhecimento tácito e explícito nas ligações entre organizações, reforçando as dependências não comerciais e “criando vantagens competitivas locais difíceis de serem imitadas por outras regiões” (*outputs*). Essas políticas (*inputs*), ainda, fomentam a cultura de investimento ao destinar recursos disponíveis (capital próprio das organizações ou de terceiros) para a inovação (SILVA; SUASSUNA; MACIEL, 2009).

Estes ativos do conhecimento podem ser potencializados por meio de políticas (*inputs*). Associa-se a isto a portaria ministerial que cria a Rede, incentivos, organizações produtivas de serviços de saúde e instituições. Esses meios potencializam um sistema coerente e integrado de suporte a inovações tecnológicas (*outputs*) de gestão hospitalar.

Observa-se que o SIG e a prática do *Benchmarking*, uma vez adotados e assimilados entre os sujeitos e os hospitais, respectivamente, potencializam a geração e a difusão de conhecimentos em gestão hospitalar (*outputs*).

Entretanto há limitações para fomentar a comunicação e a difusão de inovações tecnológicas entre as organizações prestadoras de serviços de saúde. Dentre estas limitações, citam-se os modelos mentais rígidos dos gestores e profissionais, que influenciam o comportamento destes na colaboração, conforme Greenhald e outros (2004) preconizam. Tal condição justifica a importância da energização do *Ba* (i.e. espaços presenciais e virtuais promovidos pela Rede), através de atividades de mediação de forma mais intensa e dinâmica pelos moderadores. Isto intensificará as interações e motivará o compartilhamento do conhecimento entre os participantes da Rede.

Diante do que foi apresentado nesta Seção, conclui-se que os elementos e processos do modelo unificado de criação dinâmica do conhecimento (Capítulo 3, Seção 3.1.2 desta tese), apesar de terem sido propostos para organizações empresariais, estão presentes na configuração desta Rede e favorecem o *habitus* da interação. Entretanto, é necessário que a Rede alcance seu estágio de sustentação para afirmar a totalidade da aplicação desse modelo em sua estrutura, o que merece uma pesquisa futura.

Nonaka, Toyama e Konno (2000) defendem a ideia de que, a partir do uso dos ativos de conhecimentos, uma determinada organização criará novo conhecimento, por meio do processo SECI, no contexto dos espaços *Ba*. Nesta tese, o encadeamento desses três elementos é expresso. Assim, o novo conhecimento compartilhado torna-se um ativo de conhecimento da organização e será o ponto de partida para um novo ciclo da espiral de criação do conhecimento.

A ideia desses teóricos poderá se efetivar na Rede InovarH-BA, se a coordenação ou Governança, por meio de programas formais, disseminar a missão, os objetivos e os espaços desta rede entre as organizações parceiras, desenvolvendo e promovendo ativos de conhecimento compartilhado (e.g. a avaliação de *benchmarking*), e ainda, a partir da criação e da energização dos *Ba* (e.g. projetos da rede e ambientes virtuais e presenciais). Tais premissas fomentam a espiral contínua de criação do conhecimento.

Os resultados revelam que a criação (i.e. a legitimação por meio de Leis ou Portarias) de uma rede, por si só, não é suficiente para que ela se torne de imediato um mecanismo de aprendizagem e inovação. Considerando os estágios de uma rede apontados por Bessant e Tidd citados no Capítulo 3 desta tese, depreende-se que a Rede InovarH-BA encontra-se na transição entre o estágio de operação e o de sustentação, porém, ainda se encontra preponderantemente no estágio de operação, não tendo ingressado, de fato, no estágio de

sustentação. Tal conclusão baseia-se no fato de que o estágio de operação é de estabelecimento dos processos operacionais críticos, e processos fundamentais ainda não estão completamente estabelecidos (como o SIG e o Portal da Rede, como elementos de compartilhamento).

Ainda para corroborar tal constatação, a ARS mostrou a probabilidade de os hospitais com Termo de Adesão estabelecerem laços com outros membros da rede e com aquelas organizações que ainda não firmaram a adesão com a InovarH-BA. Os coeficientes de aglomeração apurados indicam a fragilidade de interação, apesar de não haver muitas variações geodésicas (i.e. caminhos mínimos médios), demonstrando que a estrutura de rede é favorável ao fluxo de interação. Assim, as redes modeladas indicam que novas possibilidades de interação entre os hospitais precisarão de poucas ligações. Fato que corrobora com um ambiente onde as ligações entre os hospitais tendem a se estabilizar. Nesta perspectiva, esforços são necessários para a consolidação de estruturas horizontalizadas nestas organizações.

Afirma-se, por meio dos conceitos de Bourdieu (2009), que a consolidação de uma rede de aprendizagem e inovação requer a criação e consolidação de um novo *habitus* entre os seus integrantes, o que depende, majoritariamente, da disposição para compartilhar, para trabalhar colaborativamente, para valorizar a cooperação como vetor de fortalecimento de um conjunto onde a força do conjunto é perseguida com tanto afinco quanto a força individual de cada integrante. Este novo *habitus* caracteriza-se como **qualidades emergentes** a promover **difusão** de **inovações gerenciais**, bem como as próprias inovações gerenciais.

Os resultados da pesquisa de campo demonstram o empenho para valorizar o capital de rede, aprofundando a confiança e revendo valores e normas, e, simultaneamente, para implementar um **processo de avaliação de interações**, premiando os relacionamentos positivos. Assim, supõe-se que estarão postos os fatores necessários para o surgimento de uma nova estrutura organizacional, uma estrutura de atuação em rede, que de *per si* já se constitui em uma inovação gerencial.

Neste *complexus* dos resultados, evidencia-se a necessidade de múltiplos aspectos a serem considerados para que as redes possam exercer um papel determinante para o desenvolvimento das organizações.

[...] As redes não oferecem uma droga milagrosa, uma estratégia que nos torna invencíveis em qualquer ambiente de negócios. O papel realmente importante que as redes desempenham **consiste em ajudar as organizações estabelecidas a adaptar-se rapidamente às mudanças das condições de mercado**. O verdadeiro conceito de rede implica uma **abordagem multidimensional** (BARABÁSI, 2009, p. 191, grifo nosso).

Conclui-se que os hospitais pesquisados não vislumbram o *habitus* da interação como preponderante no contexto da economia contemporânea, fundamentada na perspectiva de redes sociais, princípio norteador do SUS. Enfatiza-se, portanto, que, para isto, é indispensável a integração entre sujeitos e organizações, e a expansão da rede, ampliando sua capilaridade, com vistas a adaptar-se às mudanças promovidas **pela lógica de uma relação trinitária no contexto de um dado sistema** (MORIN, 2005a).

5.3.3 OE₃ ⇔ Iniciativas de Aprendizagem Organizacional e Inovação Gerencial

A pesquisa de levantamento evidencia que produtos e serviços informacionais e redes sociais ainda não foram adotados pelos indivíduos nem assimilados pelos hospitais. Tal evidência indica que há uma propensão para modelos de gestão que não priorizam as TICs nem estruturas horizontalizadas como mecanismos de interação e de transferência de informações, a fim de promover a aprendizagem organizacional e a inovação gerencial.

Conclui-se que estas organizações produzem conhecimento e não os compartilham, revelando o desconhecimento sobre a prática da gestão do conhecimento e das disciplinas componentes das organizações de aprendizagem. Percebe-se a fragilidade de iniciativas relacionadas ao processo de aprendizagem externo, embora se observe a prática do *learning-by-trayning*, decorrente do processo de capacitação, qualificação e treinamento de pessoas existir como uma prática utilizada nestes hospitais.

Nota-se, então, uma propensão para o aprendizado interno sem a priorização das TICs como ferramentas de interação, de gestão e de transferência de informações, a fim de promover melhorias nos processos de aprendizagem e inovação. Conclui-se que as TICs não são compreendidas como capacitadores tecnológicos na codificação e transferência de conhecimentos sobre gestão, no âmbito intra e inter-hospitalar, o que compromete a sistematização e o armazenamento de dados e informações geradas.

Essa constatação é corroborada com as informações levantadas sobre as iniciativas de melhoria dos procedimentos gerenciais. As informações revelam que as melhorias nos procedimentos administrativos (e.g. tecnologia da informação, programa de educação permanente, arquivos, gestão de documentos, comunicação e marketing) ocorrem em menor proporção que nos procedimentos assistenciais (e.g. serviços médico, de enfermagem e centro cirúrgico, farmácia, central de material esterilizado). Tal constatação sinaliza a não priorização do gerenciamento dos ativos intangíveis nessas organizações, comprometendo os processo de aprendizagem organizacional e o de inovação gerencial.

Os resultados da pesquisa de campo demonstram que existem barreiras ao uso das TICs e do SIG da Rede InovarH-BA, não obstante a telemática configurar-se como um recurso inerente ao contexto de uma sociedade em rede voltada ao PTE (CASTELLS, 1999). Estas barreiras podem estar relacionadas às características dos sujeitos respondentes, tais como: faixa etária maior que 40 anos, tempo de formado superior a 20 anos, dado que a difusão destas tecnologias vem ocorrendo a partir da década de 90 do século 20 e, na formação destes indivíduos, não fazia parte das matrizes curriculares.

Os respondentes informaram a existência de iniciativas de melhorias de procedimentos assistenciais e administrativos e uma estrutura organizacional para o intercâmbio de informações sobre as atividades da Rede. Entretanto, o SIG da Rede não é assimilado como uma tecnologia de ruptura capaz de incrementar o conhecimento das suas condutas e desempenhos em relação aos seus respectivos procedimentos. Conclui-se que há uma carência de técnicas de gerenciamento avançadas nesses hospitais e que estes não estão articulados com a coordenação da InovarH-BA na formulação de programas formais para disseminar os instrumentos operacionais da Rede.

As informações levantadas revelam o pequeno grau de importância de programas de qualificação e de educação permanente e das TICs, fazendo, assim, perpetuar sistemas de informação convencionais, ao invés dos sistemas de gestão do conhecimento. O SIG da Rede não é (re)conhecido nestas organizações, muito embora esforços de pesquisadores e investimentos do CNPq terem sido realizados a fim de configurá-lo como um potencial banco de dados na integração de informações gerenciais e assistenciais. Um sistema dessa natureza serve de eixo integrador na geração e difusão de conhecimentos para a gestão hospitalar.

Nesta pesquisa, ficou evidenciada a fragilidade de canais efetivos de informação e de troca de experiências com parceiros, revelando que os gestores desses hospitais desconhecem a importância da configuração das redes sociais e dos sistemas de inovação para o desenvolvimento sustentável dos serviços de atenção à saúde. Tal fato pode ser associado à rotatividade dos gestores dos serviços de saúde, como é apontado nas entrevistas.

Nota-se que o estilo gerencial é, ainda, condicionado a uma cultura arraigada no paradigma do controle e do comando, ao invés do paradigma do conhecimento. Tal conclusão evidencia uma barreira para esses hospitais se adequarem a uma estrutura poliárquica, e não, hierárquica. Essa estrutura horizontalizada entre os pontos dos serviços de atenção à saúde se traduz como uma inovação gerencial, dependente da assunção de uma gestão que priorize os ativos intangíveis associadas ao uso das tecnologias de informação.

Neste sentido, aqui residem as possibilidades de ocorrerem mudanças paradigmáticas da sociedade em rede, tornando a adoção das TICs uma necessidade. Desta forma, recomendam-se investimentos em qualificação nesta área, associados à sensibilização dos gestores para a adoção das TICs e do SIG como ferramentas na difusão do conhecimento em serviços intensivos em conhecimento.

As informações levantadas sinalizam que a Rede InovarH-BA propicia meios para a aprendizagem organizacional entre os hospitais baianos, o que será a base para eles inovarem gerencialmente. Constata-se que, na prática, tais meios, embora já disponíveis, não são efetivados, pois dependem do envolvimento da alta gestão e das lideranças administrativa e assistencial. Um dos papéis dessas lideranças é estimular as cinco disciplinas de Senge (2010) como uma possibilidade de despertar, entre os grupos organizacionais, a promoção de laços e sentidos compartilhados, a fim de tratar a complexidade dos fenômenos gerenciais em serviços de saúde.

O *habitus* da interação entre os hospitais da Rede é frágil e as estruturas organizacionais são rígidas no tocante à predisposição dos sujeitos para compartilhar seus conhecimentos tácitos e as suas rotinas laborais. Ratifica-se, assim, a inobservância desses hospitais para a assunção das tecnologias componentes preconizadas por Senge (2010), como tecnologias de ruptura para promover a aprendizagem organizacional. Os sistemas de gestão, informatizados e incorporados aos modelos mentais dos integrantes da organização,

possibilitam estruturas organizacionais horizontalizadas e potencializam a interação do hospital com as demais organizações que conformam a rede dos serviços de atenção à saúde.

Os produtos e serviços informacionais já existentes na Rede InovarH-BA possibilitam monitorar e avaliar o conjunto de indicadores, por meio do SIG único, desde que os hospitais integrantes da Rede alimentem o banco de dados. Destaca-se, ainda, além dos resultados esperados a partir da adoção do SIG, conforme relatado no Capítulo 3, Seção 3.2.2.2.2, que a associação dos indicadores relacionados às práticas nos hospitais permitirá o relacionamento entre boas práticas e desempenho, ampliando as condições de um ambiente virtual de aprendizagem, no qual é possível compartilhar experiências bem sucedidas no âmbito das organizações participantes da Rede.

Isto posto, conclui-se este Capítulo, salientando que, além do aspecto operacional e pragmático do Portal Colaborativo associado ao SIG, existe a natureza coletiva, social, intencional, contextual e relativa à subjetivação do processo de aprendizagem, como condição fundamental para sua expressão institucional e histórica, dentro de um contexto determinado. Assim, no próximo capítulo são apontadas algumas considerações, conclusões, perspectivas e recomendações, retomadas do decorrer da pesquisa, constituindo, assim, o *complexus* revelado nesta tese.

6 COMPLEXUS DAS CONCLUSÕES FINAIS

[...] Temas que nos colocam ao longo do tempo, revisando o passado, construindo o presente e **olhando** para o futuro sem receios de desatar os nós que obstruem o tecer de redes. Essas orientadas pela *práxis* participativa e solidária, onde seus membros constituintes possam co-produzir saberes e práticas pautadas nos determinantes sociais do processo saúde-doença-cuidado, no horizonte da promoção da saúde e da qualidade de vida. Portanto, espera-se que essas **teias humanas e institucionais**, sejam **mediadas** pelas **tecnologias de informação, educação e comunicação**, como tramas complexas de fios de ouro na busca incansável do direito à saúde como um bem inalienável das sociedades democráticas (MENDONÇA, 2009, p. 23, grifo nosso).

Conhecimento e Inovação são fenômenos de **ordem, desordem e organização** nesta ‘Era’ que se vale de **redes telemáticas**. Tais fenômenos são dependentes de dados e informações que precisam ser **difundidos** para gerar conhecimento nos sujeitos, possibilitando (re)significar as suas ações organizacionais. Tais dependências requerem a adoção e a assimilação pelos sujeitos e pelas organizações de um **comportamento reticular**, isto é, de **interações**. A **ordem, desordem e organização**, no contexto de sistemas em geral, são dependentes de legislação, de regulamentação, de políticas, de gestão, da **vontade** dos sujeitos em interagir e de rupturas comportamentais e tecnológicas.

Tais mecanismos promovem a **ordem e a desordem organizacional** de um dado **sistema** ou de uma dada **organização** (e.g. SUS, SLI, serviços de saúde, hospitais, modelos de atenção à saúde, sujeitos inseridos nestes sistemas ou nestas organizações). A **ordem** e a **organização** se imbricam para suprir a demanda de uma **desordem** imbricada na **ordem** e na **organização** de um **sistema**. Esta **relação trinitária** – ordem ⇔ organização ⇔ desordem – é permeada por **interações e (re)encontros** dos elementos instituídos e constituídos do sistema que (re)significam ou modificam a **ordem** ou a **ação** organizacional. Reforçando esta concepção, destaca-se que, para Morin (2005a, p. 76), “a ordem e a organização, nascidas da cooperação da desordem, são capazes de ganhar terreno em relação à desordem”.

Esse posicionamento implica propiciar ações para uma dada organização se manter no tempo e no ambiente. (Re)Significar ou modificar o rumo de uma ação organizacional pode ser subsidiado por meio da adoção e da incorporação de atributos como tecnologias para geração e processamento de informação e de comunicação. Atributos esses que vão corroborar com o **fenômeno** cognitivo da **aprendizagem individual**. Com base no estudo aqui realizado, deduz-se que, a partir da **difusão** das tecnologias, desde que se estabeleça a

cultura do diálogo (i.e. comunicação) entre o coletivo organizacional, é propiciada a **inovação gerencial**. Para tanto, é preciso uma **ruptura de comportamento** entre os sujeitos, fundamentada no princípio da recursividade ou da aprendizagem de circuito duplo, com vistas à **aprendizagem organizacional**. Esta **ruptura** é compreendida como uma **inovação gerencial** que, por sua vez, é dependente de **interações e (re)encontros** dos e entre os sujeitos, a fim de estabelecer uma relação auto-eco-organizativa trinitária da gestão dos hospitais e, extensivamente, do SUS.

Percebe-se a **ordem** por meio de políticas, regulamentações, legislação e gestão para os **processos** (i.e. aprendizagem organizacional e inovação gerencial assimilada) voltados à **organização** dos sistemas (i.e. SUS, hospitais, modelos de atenção à saúde). Reportando estas concepções de ordem e organização para o SUS, pode-se dizer que ele é, ao mesmo tempo, sistema e organização, e é permeado por elementos ou partes, tais como os serviços de saúde, a exemplo dos hospitais, que se configuram como organizações. Esta pesquisa tem como tese que, para a Rede InovarH-BA e, por extensão, o SUS, consolidar os seus princípios, é pertinente, em sua gestão, que os sujeitos adotem – e, conseqüentemente, as organizações assimilem – um novo *habitus*: **a interação**. Este novo *habitus* não pode estar dissociado da expansão das conexões entre as organizações de maneira horizontalizada. Este fenômeno de expansão caracteriza a **capilaridade**, constituindo, assim, uma morfologia em rede: princípio estruturante ou organizativo do SUS.

Na perspectiva de uma visão sobre capilaridade da Rede InovarH-BA, considera-se que esta rede, como uma organização ou como um sistema, na sua totalidade, é dependente de outras organizações ou de outros sistemas que representam partes desta totalidade, quais sejam: as instâncias interfederativas, os serviços de saúde (e.g. dos hospitais), os conselhos de saúde, o complexo industrial da saúde, instâncias de um SLI (e.g. de academias, institutos de pesquisa), dentre outros.

Neste contexto, o objeto empírico desta pesquisa se configurou por meio dos hospitais da Rede InovaH-BA. Os aportes conceituais (re)visados nesta tese ratificam os hospitais como “partes” ou “organizações” ou “sistemas” de uma rede de serviços do SUS e do complexo industrial da saúde. O foco para a defesa desta tese reside na assimilação pelos hospitais de um modelo de gestão pautado na morfologia em rede.

A morfologia em rede é entendida como uma qualidade ou propriedade emergente e resultante do *habitus* da interação. Esta morfologia é derivada de associações, de

combinações, de interações dos elementos constituintes de um dado sistema ou de uma dada organização que afirma a poliarquia em sua estrutura. Tal derivação se traduz em qualidade ou propriedade emergente, preconizada por Morin (2005a). Nesse sentido, para uma melhor compreensão da adoção do fenômeno interação como um *habitus* entre os sujeitos inseridos nos hospitais, a Rede InovaH-BA foi investigada, especificamente, na difusão dos processos de aprendizagem e inovações gerenciais. Para o funcionamento do SUS, estes serviços, organizados de maneira poliárquica, tendem a suprir as demandas de atenção à saúde de uma dada população.

Por analogia ao objeto desta tese, o *habitus* da interação se constitui em uma emergência para promover os processos de aprendizagem organizacional e de inovação gerencial no âmbito das organizações hospitalares e, assim, promover também a eficácia da organização do SUS. Os hospitais são caracterizados como uma das partes (i.e. subsistema ou suborganização) do SUS e necessitam produzir qualidades ou propriedades emergentes desta natureza (i.e. a morfologia em rede \Leftrightarrow interação \Leftrightarrow estruturas horizontalizadas).

Para os hospitais efetivarem esta morfologia, é pertinente desenvolver qualidades ou propriedades emergentes, compreendidas como: 1) compartilhar dados e informações por meio de produtos e serviços informacionais (e.g. das TICs); 2) dialogar⁶³ entre seus pares e extrapares (e.g. comunicação organizacional/institucional); 3) gerar conhecimento sobre um procedimento administrativo ou assistencial que propicie rupturas na gestão hospitalar (e.g. aprendizagem organizacional e inovação gerencial).

Tais **qualidades emergentes** são compreendidas “como simples efeitos das coisas conjugadas” em um dado sistema (MORIN, 2005a, p. 157), e já estariam integradas à práxis dos sujeitos que (re)formulam as ações dos serviços de atenção à saúde. Nesta tese, essas qualidades são afirmativas para minimizar as iniquidades dos hospitais (e extensivamente do SUS) e, assim, elas são dependentes das competências dos indivíduos e das organizações para refletir sobre as demandas essenciais relativas às **desordens emergentes** relacionadas à gestão da saúde de uma dada população. Essas qualidades, concebidas como emergências, são produzidas no âmbito da organização “que, apesar de inseparável do sistema enquanto todo, aparece, não apenas no plano global, mas eventualmente no plano dos componentes” (MORIN, 2005a, p. 138).

⁶³ Para Senge (2010, p. 369), “quando os indivíduos desenvolvem técnicas hábeis de diálogo, eles passam a entender melhor de quem eles dependem e quem depende deles e isso reforça as redes sociais”.

As inovações gerenciais nos serviços, em particular, nos hospitais, são possibilitadas por meio da aprendizagem organizacional, que, por sua vez, potencializam rupturas nas ações organizacionais. Essas rupturas são associadas a uma possível desordem no sistema, a favor de uma otimização das ações de atenção à saúde por meio de estruturas poliárquicas. Tal desordem (i.e. inovações) se dá a partir da colaboração com a ordem (i.e. processos de aprendizagem organizacional, políticas públicas e organizacionais) e a organização (i.e. morfologia em rede ⇔ poliárquia) do sistema.

Considerando que os hospitais compartilham dados e informações de maneira compulsória e não espontânea, tal *habitus* obstrui a possibilidade de uma **aprendizagem generativa** entre os sujeitos e compromete a geração de conhecimento organizacional relativa às ações (i.e. geratricidade) daqueles hospitais com vistas à correção de rumo em suas ações organizacionais e o surgimento de estruturas horizontalizadas. Tal fato leva a uma proposição desses sujeitos adquirirem um **novo *habitus***: o da interação de maneira espontânea e, assim, propiciarem a morfologia em rede.

Tal proposição ratifica a ideia de qualidades emergentes estarem presentes ou influenciarem esses sujeitos, a fim de viabilizar a criação de novas ações organizacionais, novas geratricidades, exigindo que esses sujeitos vislumbrem princípios norteadores da aprendizagem organizacional e da inovação gerencial. Tais fenômenos requerem que os sujeitos se organizem em uma morfologia em rede, o que favorecerá a expansão dos serviços de atenção à saúde. Essa expansão pode se refletir como uma maior capilaridade das organizações de serviços na rede de atenção à saúde.

Conclui-se aqui, considerando os aportes conceituais deslindados nesta tese, que aquelas organizações que promovem a aprendizagem são compostas por sujeitos que praticam a metanoia, conforme Senge (2010), visando inovar gerencialmente. E que o trabalho de cada sujeito afeta o cognoscível dos demais e vice-versa. Logo, as organizações não são sistemas isolados e estão em um processo de contínua correção de rumo, o que exige delas um comportamento reticular e recursivo com vistas à difusão de informações e inovações gerenciais. Para tanto, a assunção das cinco disciplinas para a aprendizagem organizacional (i.e. pensamento sistêmico, domínio pessoal, modelos mentais, aprendizagem em equipe e visão compartilhada) potencializará a criação dinâmica do conhecimento organizacional (i.e. socialização, externalização, combinação e internalização).

Contrária à constatação realizada por meio da pesquisa de levantamento, os sujeitos não praticam a metanoia por não produzirem as emergências necessárias para tal fenômeno acontecer no âmbito das organizações hospitalares onde atuam.

“Da adesão à participação em uma rede de hospitais como promoção da aprendizagem organizacional e da inovação gerencial: um olhar sobre a Rede InovarH-BA” foi o norte da investigação desta tese. Considera-se que as redes sociais potencializam o intercâmbio de dados e informações, exigindo dos sujeitos a adoção de um novo *habitus* (i.e. interação por meio de estruturas horizontalizadas), o que favorece os processos de aprendizagem organizacional e o surgimento de inovações gerenciais e propicia a capilaridade da rede.

Esforços são necessários para compatibilizar a arquitetura múltipla da Rede InovarH-BA com mecanismos para gerar conhecimento e inovação em gestão hospitalar. A Rede InovarH-BA articula os processos de qualificação profissional e favorece as relações entre os sujeitos para aprender.⁶⁴ Esses processos são configurados como mecanismos de transferência de conhecimento, que servem de base para a aprendizagem organizacional e a inovação gerencial, configurando-os como práticas comunicacionais.⁶⁵

No entanto, ressaltam-se as informações levantadas por meio da pesquisa de campo que associam gestão e redes, demonstrando certa fragilidade em práticas de gestão que favoreçam a atuação em rede, como seria desejado em um SLI e na própria Rede InovarH-BA. Concluiu-se que os respondentes pouco conhecem sobre a proposta dos sistemas de inovação, e que estes não assimilaram o foco da Rede InovarH-BA (i.e. construir uma ampla e consistente rede de cooperação entre centros acadêmicos e hospitais integrantes do SUS).

Tais informações corroboram o desconhecimento, por parte da maioria dos respondentes, sobre o campo do conhecimento que trata sobre a economia da inovação, sistemas de inovação, organizações de aprendizagem e gestão do conhecimento. Ainda que a maioria dos entrevistados não associe a configuração desta Rede isomorfa à de um SLI,

⁶⁴ Para Senge (2010, p. 369) “aprender quer dizer desenvolver a capacidade de produzir consistentemente resultados com uma certa qualidade”.

⁶⁵ Essas práticas se referem ao universo de efeitos de sentidos gerados no processo de disseminação da informação e das trocas informacionais, quais sejam: redes de mobilização, fóruns populares, adoção de boletins periódicos informativos, publicações, páginas na Internet, práticas discursivas, os atos de fala utilizados no âmbito das reuniões ⇔ Concertação e Influenciação (BARROS, 2003).

eles reconhecem a importância da Rede InovarH-BA na promoção da difusão de práticas gerenciais para promover os processos inovativos.

As digressões realizadas no Capítulo 2 sobre o SUS e o os SLI, no Capítulo 3 sobre organizações de aprendizagem, aprendizagem organizacional e redes sociais de inovação e aprendizagem e, a partir das análises e discussões percorridas sobre as informações levantadas na pesquisa de campo, conclui-se que desenvolver sinergias coletivas, por meio das interações dos grupos organizacionais e populacionais que configuram sistemas, possibilita o fluxo de informações necessário para alcançar os seus princípios norteadores. Entende-se que sistemas, em particular a Rede InovarH-BA e o SUS, refletem ações de políticas públicas de Estado, por isso podem ser vistos como estruturas organizacionais cujos modelos de gestão priorizam uma morfologia reticular, o que implica a mudança de comportamento destes frente a estruturas e modelos de gestão hierarquizados.

Destarte, os modelos de gestão fordista, taylorista e fayolano obliteram mecanismos de transferências de dados e informações, contrapondo os modelos fundamentados em estruturas rizomáticas que potencializam o acesso à informação e à geração, difusão e aplicação de conhecimentos. Essa assertiva caracteriza uma mudança na maneira de os sujeitos organizarem os processos de produção organizacional por meio de novos padrões de relacionamento para gerar inovações gerenciais: as redes sociais colaborativas.

Conclui-se que os respondentes possuem uma visão sobre a importância das organizações e dos sistemas se estruturarem em redes. Nesse contexto, medidas para a popularização de políticas de inovação voltadas às políticas de atenção à saúde favorecem mudanças comportamentais das organizações de saúde na adoção deste *habitus*. Assim, é recomendável a articulação, de forma complementar, das políticas públicas sociais no âmbito das instâncias interfederativas do SUS. Nas instituições de atenção à saúde, essas práticas compartilhadas e colaborativas ainda estão por se consolidar.

Isto posto, em relação aos pressupostos norteadores desta pesquisa consideram-se: o **PO₁** é ratificado, pois o SUS fomenta modelos e ferramentas organizacionais por meio de políticas, conforme discorrido no Capítulo 2; no entanto, as informações levantadas empiricamente revelam a priorização de ações sistêmicas para que estes modelos sejam incorporados entre os hospitais. Em relação ao **PO₂** é possível deduzir que os gestores compreendem a importância da adoção de estruturas horizontalizadas em seu *modus operandi* e, conseqüentemente, compreendam a importância de os hospitais as assimilarem

como uma inovação gerencial, a fim de efetivar as premissas de redes poliárquicas às demandas de atenção à saúde. Não obstante, esses gestores revelam limitações quanto à adoção plena desse *modus operandi*. O **PO₃** ratifica o entendimento dos gestores expressarem o valor das redes na geração de inovações gerenciais, embora as informações levantadas apontem a fragilidade no comportamento destes para efetivar a morfologia em rede.

Essas considerações caracterizam-se como assertivas conclusivas em relação à pesquisa de campo, e não podem ser generalizadas a outras organizações hospitalares ou a outras redes vinculadas à proposta do SUS. Porém, é possível generalizar o que foi analisado em relação à participação das organizações hospitalares na Rede InovarH-BA e à promoção da aprendizagem organizacional e de inovação gerencial, objetivo geral desta tese.

A partir das análises e discussões apresentadas sobre a participação e a promoção de tais processos, compreende-se que os hospitais e demais instâncias do SUS deem uma atenção para os seguintes pontos:

- 1) assimilar o *habitus* da interação, o qual é dependente da adoção das tecnologias componentes, preconizadas por Senge (2010), entre os sujeitos e gestores organizacionais. Tal recomendação implica a sensibilização e qualificação destes para a assunção deste *habitus*, a fim de alcançar a poliarquia das redes de atenção à saúde;
- 2) adotar as TICs nas práticas laborais, caracterizando-as como produtos e serviços informacionais para promover a participação e a colaboração de maneira horizontal. A incorporação das TICs potencializa a comunicação nas redes, desde que, nelas, as informações sejam disseminadas com vistas a intercambiar as ideias dos sujeitos e estes as interpretem por meio da aplicação dos conhecimentos gerados, consubstanciando, assim, o princípio da recursividade e do processo de aprendizagem organizacional;
- 3) desenvolver a comunicação organizacional com vistas a primar à prática do diálogo entre sujeitos, gestores, organizações e instituições. O intercâmbio de ideias e o entendimento comum dos sujeitos organizacionais estabelecem as relações internas e externas necessárias às ações organizacionais de forma

coerente com as finalidades propostas (i.e. visão, missão, estatutos, planos de trabalho, objetivos organizacional).

- 4) incorporar as políticas públicas voltadas à informação, educação, comunicação e inovação nas suas ações organizacionais, visando, efetivamente, formar estruturas horizontalizadas nos seus *modus operandi*. Essas estruturas se configuram por meio de redes entre sujeitos na (co)produção de conhecimentos, mediadas pelas tecnologias de informação, educação e comunicação;
- 5) revelar relações inter e intraorganizacional por meio das métricas da ARS. A ARS mostra-se como um mecanismo adequado para o acompanhamento e a avaliação das conexões entre hospitais e demais serviços de atenção à saúde. Essas conexões estabelecem os possíveis caminhos que unem estes atores.

Neste sentido, para atender o **OE₄** são arroladas as seguintes ações estruturantes para a Rede InovarH-BA:

- 1) desenvolver diretrizes de difusão das políticas públicas de informação, educação, comunicação e inovação entre os hospitais integrantes da Rede. O foco desta difusão é sensibilizar os sujeitos dos hospitais na assunção dos princípios norteadores da aprendizagem generativa organizacional, para possibilitar novas estruturas organizacionais, incorporar técnicas avançadas de gerenciamento e gerar novas orientações estratégicas nesses hospitais;
- 2) pensar, permanentemente, a sua governança, por meio de um arcabouço multi-institucional e multidisciplinar, já que se trata de uma rede voltada aos processos de aprendizagem organizacional e de inovação gerencial. Tais processos implicam expertise dos setores de administração, no entanto, estes são dependentes das expertises de outros setores, quais sejam: da comunicação, da economia, da psicologia, da saúde coletiva, da sociologia, da educação, da ciência e tecnologia, da ciência da informação, da ciência da computação, das ciências da saúde (e.g. da medicina, da enfermagem, da nutrição, da farmácia), reforçando a necessidade de cultivo da visão sistêmica.
- 3) captar meios para estruturar uma equipe multidisciplinar para viabilizar os seus instrumentos operacionais (e.g. portal colaborativo; SIG; eventos presenciais).

Uma equipe de gestão para esses instrumentos, com uma formação multirreferenciada, poderá potencializar a concretização da missão e dos objetivos da InovarH-BA, preferencialmente com sujeitos / pesquisadores / estudantes / professores de universidades e integrantes dos hospitais e das organizações que se relacionam formalmente e informalmente com a Rede (e.g. as organizações identificadas nas modelagens das redes de modo único e de modo duplo);

4) elaborar projetos e planos de ações articulados, não só com o Ministério da Saúde e Secretárias de Saúde, mas, também, com os Ministérios da Ciência, Tecnologia e Inovação e o Ministério da Educação, a fim de difundir práticas sistêmicas, considerando a complexidade dos serviços de saúde;

5) adotar ARS como ferramenta que contém elementos capazes de aferir, monitorar e avaliar as redes já instituídas e a serem instituídas no âmbito das ações da própria InovarH-BA e, conseqüentemente, gerar inovações gerenciais por meio da observação da rede.

As ações recomendadas são consequência das conclusões relatadas no Capítulo 5, seção 5.3, as quais evidenciam as informações relacionadas aos três objetivos específicos, bem como evidenciam as possibilidades e os limites para a atuação da Rede InovarH-BA. Ademais, o **OE₁** delineou a verificação das características da Rede InovarH-BA semelhantes às de um SLI; o **OE₂** levou à demonstração da fragilidade dos hospitais no que se refere à interação e à expansão da rede; e, o **OE₃** revelou a inobservância da prática de gestão dos ativos intangíveis.

A inovação é requisito para a sustentabilidade das organizações no sistema econômico atual. Esta condição prevê a troca de informações, a criação de novos conhecimentos por meio da interatividade colaborativa em tempo real. O fluxo de informação é dinamizado em estruturas reticulares, quais sejam: redes pessoais, organizacionais, institucionais, mercantis, virtuais, dentre tantas taxonomias de redes existentes.

Redes ou iniciativas como as da Rede InovarH-BA apoiam os hospitais, visando a mudanças comportamentais e caracterizam um rizoma complexo relacional e dinâmico, que traduz, histórica e socialmente, o que se convencionou chamar de redes colaborativas. Tal configuração trata de um processo que articula diferentes elementos constitutivos, no tempo-espço do jogo societário e da inserção subjetiva dos indivíduos neste processo.

A InovarH-BA busca superar dificuldades de comunicação entre os agentes de criação e reprodução de tecnologias, decorrentes do custo de técnicas de interação e de intercâmbio de documentos e mensagens de forma rápida e eficiente. Tais dificuldades limitam o desenvolvimento e a aplicação de novas práticas de gestão nos hospitais, exigindo dos sujeitos um novo *habitus*.

Cabe ressaltar algumas limitações desta pesquisa. Os resultados da pesquisa de campo são conclusivos ao indicar a necessidade de mudanças de comportamento dos sujeitos e dos hospitais integrantes da Rede InovarH-BA em relação ao *habitus* da interação. Salienta-se que, apesar dos cuidados metodológicos tomados em relação à realização das entrevistas e da aplicação dos questionários, as percepções dos respondentes são dependentes do estado emocional de cada um deles. Além disso, as limitações de financiamento e de tempo não viabilizaram um aprofundamento da análise das causas que restringem a aprendizagem organizacional, a inovação gerencial e a interação na Rede InovarH-BA. Não obstante esta pesquisa caracterizar-se como interpretativa e não explicativa, sugiro pesquisas futuras para aprofundar as explicações relativas às evidências reveladas sobre esta realidade.

Ainda na perspectiva das limitações desta pesquisa, vale registrá-las em relação ao objeto empírico, aos aportes conceituais e à base epistêmica. Quanto ao objeto empírico, a complexidade das organizações, a tradição de reserva quanto à publicização de informações e a reduzida disponibilidade de respondentes para participarem da pesquisa de levantamento afetaram o cronograma determinado para a realização da pesquisa de campo. Em relação aos aportes conceituais, registra-se a limitação do tempo estipulado para uma pesquisa de doutorado, comprometendo o aprofundamento de tais aportes ou a ampliação da busca por novos aportes – o que se torna um desafio na construção multirreferencial das reflexões conceituais. Quanto à base epistêmica, observaram-se poucos trabalhos que utilizam e verticalizam as bases do pensamento complexo em trabalhos desta natureza.

As limitações me levaram a vislumbrar a evolução desta pesquisa para perspectivas de projetos multi-institucionais e multidisciplinares com a finalidade de uma intervenção social. Neste sentido, sugiro as seguintes pesquisas no âmbito científico:

- a) replicar este estudo em outros territórios sanitários no Brasil, com foco nos serviços de atenção à saúde;

- b) analisar outras redes do SUS, com a finalidade de descrever a interação intra-redes por meio da ARS;
- c) analisar a perspectiva de interação entre redes, quais sejam: as redes de serviços no âmbito das complexidades da atenção: primária, especializada e de alta complexidade;
- d) ampliar os estudos sobre gestão do conhecimento, da informação e de documento no âmbito do SUS e dos serviços de atenção à saúde;
- e) ampliar os estudos sobre gestão da inovação gerencial no âmbito do SUS e dos serviços de atenção à saúde.

Paralelamente a essas sugestões de pesquisas, sugiro, ainda, haver um acompanhamento e incentivo a inovações gerenciais, a exemplo das premiações associadas ao Gespública (BRASIL, 2012), e ampliar os estudos sobre organizações de aprendizagem no âmbito do SUS. Para tanto, creio que são cabíveis ações articuladas entre os Ministérios da Saúde, da Ciência, Tecnologia e Inovação e da Educação.

Em relação a projetos multi-institucionais e multidisciplinares voltados a uma intervenção social, sugiro a extensão desta pesquisa por meio dos institutos, escolas, faculdades, centros acadêmicos, a saber:

- a) projeto de qualificação dos hospitais e dos demais serviços de saúde em Gestão de Documentos, Gestão da Informação e Gestão do Conhecimento;
- b) projeto de qualificação dos gestores e profissionais dos hospitais e dos demais serviços de saúde em Empreendedorismo Social;
- c) projeto de qualificação dos hospitais e dos demais serviços de saúde em Comunicação Organizacional;
- d) projeto de qualificação dos hospitais na assunção das premissas de Inovação Gerencial.

Para finalizar, parafraseio algumas palavras de Caeiro ou de Fernando Pessoa, conforme registrado na epígrafe que abre este documento de tese, informando que, nesta tese, pensei sobre a Rede InovarH-BA, mas procurei, não só pensar sobre ela, mas sim, compreendê-la, para que não me limitasse a, apenas, pensar e **ficar doente dos olhos**. Na condição de pesquisador, de docente e de usuário dos sistemas de saúde, **pensei** (i.e. usei um rigor metodológico para responder a questão norteadora desta pesquisa), mas, também

busquei compreender, permanentemente, os processos de aprendizagem organizacional e inovação gerencial e me convenci de que a razão, o pensar, não será suficiente para uma rede como a InovarH-BA se consolidar, pois vida também depende dos sentidos, do compartilhar, do fazer junto. Assim, para que, entre os integrantes da Rede InovarH-BA, a proposta da Rede vá além do pensar e chegue ao compreender, é preciso o compartilhar, o *habitus* da interação.

E, conforme o *complexus* dos resultados revelados, penso que há de haver esforços – por parte dos sujeitos que acreditam que a saúde é um bem inalienável das sociedades democráticas – para a adoção, a assimilação e a incorporação deste *habitus* nos e entre os sujeitos, as organizações, as instituições e, extensivamente, o estado Brasileiro. Encerro este documento, registrando que, conforme Caeiro ou Pessoa, “amar é a eterna inocência, e a única inocência é não pensar”; por ter pensado, por ter me dedicado à compreensão, não posso estabelecer um posicionamento inocente em relação às conclusões, considerações, recomendações, limitações e perspectivas apontadas nesta pesquisa e, assim, espero ter legado, a quem interessar possa, as reflexões aqui expostas, na esperança de, ao olhar, ao pensar e ao compreender esta realidade da Rede, creia “no mundo [...] porque o vejo”.

REFERÊNCIAS

- ALBAGLI, S. **Território, inovação e desenvolvimento**. Salvador: NPGA/CPA/UFBA, 2006. Módulo do curso de especialização em gestão da inovação e difusão tecnológica em APLs parte do Seminário políticas públicas e experiências de dinamização de APL ocorrido em Salvador em 23 de março de 2006. Mimeografado.
- ALVES, D. de B. **Etapas e componentes de um projeto de pesquisa e aspectos básicos**. Salvador: Escola de Administração, UFBA, 2003. Módulo do Curso de capacitação em gestão de projetos em saúde. Mimeografado.
- ALVES SOBRINHO, E. J. O SUS é do Brasil. **Folha de São Paulo**. São Paulo, 11 nov. 2003. Seção Tendências e Debates.
- ANDRADE, A. L. et al. **Pensamento sistêmico: caderno de campo: o desafio da mudança sustentada nas organizações e na sociedade**. Porto Alegre: Bookman, 2006.
- ANGELLONI, M. T. (Org.). **Organizações do conhecimento: infra-estrutura, pessoas e tecnologia**. São Paulo: Saraiva, 2002.
- ANGELLONI, M. T. (Org.). **Gestão do conhecimento no Brasil: casos, experiências e práticas de empresas públicas**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2008.
- ARANTES, N. **Sistemas de gestão empresarial: conceitos permanentes na administração de empresas válidas**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1998.
- ARGYRIS, C. **Enfrentando defesas empresariais**. Rio de Janeiro: Campus, 1992.
- ARGYRIS, C. Double loop learning in organizations. *Havard Business Review*, v. 55, n. 5, p. 115-125, Sep./Oct. 1977.
- ARGYRIS, C. **On organizational learning**. 2nd ed. USA, UK, Australia: Blackwell Publishing, 1999, 2010.
- ARROW, K. J. The economic implications of learning by doing. *Review of Economic Innovation and New Tecnolgy*. *Harwood Academic Publishers*, v. 2, p. 37-42, 1992.
- ARRETCHE, M.; RODRIGUEZ, V. Descentralizar e universalizar a atenção à saúde. In: _____. (Org.). **Descentralização das políticas sociais no Brasil**. São Paulo: Fundap; Fapesp; Brasília: IPEA, 1999.
- BALESTRIN, A.; VERSCHOORE, J. **Redes de cooperação empresarial: estratégias de gestão na nova economia**. Porto Alegre: Bookman, 2008.
- BARABÁSI, A. L. **Linked**. A nova ciência dos networks. Como tudo isso está conectado a tudo e o que isso significa para os negócios, relações sociais e ciências. São Paulo: Leopardo Editora, 2009.

BARABÁSI, A. L.; ALBERT, R. Emergence of scaling in random networks. **Science**, n. 286, p. 509-512, 1999.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução de Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução de Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARNES, J. A. Social networks. **Addison-Wesley Module in Anthropology**, v. 26, p. 29, 1972.

BARROS, J. C. Aspectos comunicacionais e informacionais nas novas relações entre sociedade civil e poder público: o caso dos conselhos deliberativos de políticas públicas. **Perspect. Ciênc. Inf. Belo Horizonte**. n. especial, p. 58-71, jul./dez. 2003.

BASTOS, A. V. B. Mapas cognitivos e a pesquisa organizacional: explorando aspectos metodológicos. **Estudos de psicologia**. v. 7, p. 65-77, 2002.

BERNARDES, M. **Políticas públicas e ciência, tecnologia e inovação em saúde**. Módulo do Curso de capacitação em gestão de projetos em saúde. Salvador: Escola de Administração/UFBA; Brasília: UNESCO, 2003. Mimeografado.

BERNARDES, R.; KALLUP, A. A emergência dos serviços intensivos em conhecimento no Brasil. In: BERNARDES, R.; ANDREASSI, T. (Org.). **Inovação em serviços intensivos em conhecimento**. São Paulo: Saraiva, 2007. p. 119-143.

BERTALANFFY, L. **Teoria Geral dos Sistemas**. 5. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

BERTALANFFY, L. An Outline of General System Theory. **The British Journal for the Philosophy of Science**. v. 1, n. 2, p. 134-165, Aug. 1950. Disponível em <http://www.isnature.org/events/2009/Summer/r/Bertalanffy1950-GST_Outline_SELECT.pdf>. Acesso em: mar. 2012.

BESSANT, J. TIDD, J. **Inovação e empreendedorismo**. Porto Alegre: Bookman, 2009.

BLOOM, B. S. **Taxionomia de objetivos educacionais: domínio cognitivo**. Porto Alegre: Editora Globo, 1973.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. **Reduzindo as desigualdades e ampliando o acesso à assistência à saúde no Brasil 1998-2002**. Brasília, 2002.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Normas para pesquisa envolvendo seres humanos (Res. CNS n.º 196/96 e outras)**. 2. ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e das outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 16 fev. 2005.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. **Lei nº 10.973**, 2004. Dispõe sobre incentivos à inovação e à pesquisa científica e tecnológica no ambiente produtivo e dá outras providências. Disponível em : <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato_2004-2006/2004/Lei/L10.973.htm> Acesso em: 05 de fevereiro de 2009.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nºs 1/92 a 53/2006 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nºs 1 a 6/94. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Brasília: CONASS, 2007a.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Ciência e Tecnologia em Saúde**. Brasília: CONASS, 2007b.

BRASIL. **Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização (GesPública)**. Disponível em <http://www.gespublica.gov.br/folder_rngp>. Acesso em: mar. 2012.

BOHM, D.; FACTOR, D.; GARRET, P. Diálogo – uma proposta. 1991. Disponível: <http://www.infed.org/archives/e-texts/bohm_dialogue.htm>. Acesso em: 13 abr. 2012.

BOISER, S. Gestão territorial. In: SIEDENBERG, D. R. (Coord.) **Dicionário do desenvolvimento regional**. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2006.

BOURDIEU, P. **Coisas ditas**. São Paulo: Brasiliense, 1990.

BOURDIEU, P. **Razões práticas**: sobre a teoria da ação. Campinas: Papirus, 1997.

BOURDIEU, P. **Pierre Bourdieu entrevistado por Maria Andréa Loyola**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2002.

BOURDIEU, P. **A economia das trocas simbólicas**. São Paulo: Perspectiva, 2009.

BURKE, P. **História e teoria social**. São Paulo: Unesp, 2002.

BURKE, P. **Uma história social do conhecimento**: de Gutemberg a Diderot. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2003.

CAMARGO, J. M. Política social no Brasil: prioridades erradas, incentivos perversos. **São Paulo em Perspectiva**, v. 18, n. 2, p. 68-77, 2004.

CARVALHO, A. de O.; EDUARDO, M. B. de P. (Org.). **Sistemas de Informação em Saúde para Municípios. Saúde & Cidadania: para gestores municipais de serviços de saúde.** São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.

CARVALHO, K. O profissional da Informação: o humano multifacetado. **Datagramazero** revista da Ciência da Informação. v. 3, n. 5, out. 2002. Disponível em: < <http://dgzero.org>>. Acesso em: 20 jun. 2003.

CARVALHO, M. M. de. **Inovação: estratégias e comunidades de conhecimento.** São Paulo: Atlas, 2009.

CARVALHEIRO, J. da R. O mundo a venda. In: HEIMANN, Luiza S. et al. (Org.). **Descentralização do Sistema Único de Saúde: trilhando a autonomia municipal.** São Paulo: Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos, 2000. p. 11-14.

CASSAROTO FILHO, N. **Instrumentos de integração e governança em aglomerações competitivas.** [s.l.: S.n., 2004].

CASSIOLATO, J. E. **Interação, aprendizado e cooperação tecnológica.** Rio de Janeiro: RICYT, jul. 2004.

CASSIOLATO, J.; LASTRES, H.; SZAPIRO, M. **Arranjos e sistemas produtivos locais e proposições de políticas de desenvolvimento industrial e tecnológico.** Rio de Janeiro, 2000. NT 27 - Projeto de pesquisa arranjos e sistemas produtivos locais e as novas políticas.

CASTELLS, M.; IPOLA, E. **Prática epistemológica e ciências sociais.** 3 ed. Porto: Edições Afrontamento, 1978. Caps. I a III.

CASTELLS, M. **A sociedade em rede.** São Paulo: Paz e Terra, 1999.

CASTRO, J. A. de. Política Social no Brasil: uma análise da ampliação do escopo, escala e gasto público. **Revista da Rede Brasileira de Monitoramento e Avaliação.** n. 1, p. 68-97, jan./jun. 2011.

CHRISTAKIS, N.; FOWLER, J. **Connected.** The amazing power of social networks and how they shape our lives. London: Haper Collinns Publishers, 2011.

CHRISTESEN, C. M.; GROSSMAN, J.H.; HWANG, J. **Inovação na gestão da saúde: a receita para reduzir custos e aumentar qualidade.** Porto Alegre: Bookman, 2009.

CHOO, C. W. **A organização do conhecimento: como as organizações usam a informação para criar significado, construir conhecimento e tomar decisões.** Tradução de Eliana Rocha. São Paulo: Senac, 2003.

CRUZ, P. R. A. F. **Governança e gestão de redes na esfera pública municipal: o caso da rede de proteção à criança e ao adolescente em situação de risco para a violência em Curitiba.**

2006. Dissertação (Mestrado em Administração) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2006.

CUNHA, M. B. da; CAVALCANTI, C. R. de O. **Dicionário de biblioteconomia e arquivologia**. Brasília, DF: Briquet de Lemos, 2008.

CUNHA, F. J. A. P.; SILVA, H. P. da. Integração de sistemas: uma nova dimensão de informação em saúde. In: JAMBEIRO, O.; SILVA, H. P. da (Org.). **Socializando informações, reduzindo distâncias**. Salvador: UFBA/ICI: EDUFBA, 2003. p. 9-27.

CUNHA, F. J. A. P.; MENDES, V. L. P. S. A política nacional de informação e informática. Uma base para a implantação da gestão da informação nos serviços de saúde. In: ENCONTRO NACIONAL DE CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO, 5., 2004, Salvador. **Anais...** Salvador: EDUFBA, 2004. p. 137-145.

CUNHA, F. J. A. P. **A gestão da informação nos hospitais**: a importância do prontuário eletrônico na integração de sistemas de informação em saúde. 2005, Dissertação (Mestrado em Ciência da Informação) - Instituto de Ciência da Informação, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2005.

CUNHA, F. J. A. P.; SILVA, H. P. da. Informação e comunicação no contexto dos hospitais. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DA COMUNICAÇÃO, 28., 2005. Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: INTERCOM, 2005.

CUNHA, F. J. A. P.; NERI, C. L. **APL de turismo da Costa do Cacau**: Itacaré como destino ecoturístico. Monografia (Pós-graduação em Gestão da Difusão Tecnológica em Arranjos Produtivos Locais) - Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

CUNHA, F. J. A. P.; MENDES, V. L. S.; HASTENREITER FILHO, H. N. Management information system (MIS) as a tool for innovation and learning in health services. In: INTERNATIONAL CONFERENCE ON INFORMATION SYSTEMS AND TECHNOLOGY MANAGEMENT. 5TH, 2009. São Paulo. **Anais...**, São Paulo: CONTECSI, 2009.

CUNHA, F. J. A. P.; MENDES, V. L. S. Sistema de informação gerencial na difusão de conhecimento de práticas de gestão hospitalar. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE QUALIDADE EM SERVIÇOS E SISTEMAS DE SAÚDE, 9., 2009, São Paulo. **Anais...** São Paulo, 2009. p. 127-131.

CUNHA, F. J. A. P.; MOTTA, L.; LIMA Jr, A. S. Ciência & Tecnologia; Comunicação & Informação: fatores de sustentabilidade dos sistemas vivos. Encontro Nacional de Ensino e Pesquisa em Informação, 9., 2009. **Anais...** Salvador: CIFORM, 2009.

CUNHA, F. J. A. P. et al. Portal colaborativo como ferramenta para aprendizagem e inovação. In: CONGRESSO LATINO-IBEROAMERICANO DE GESTÃO DA TECNOLOGIA, 8., 2009. Cartagena das Índias, Colômbia. **Anais...** ALTEC, 2009. Cartagena das Índias, Colômbia: 2009.

CUNHA, F. J. A. P.; RIBEIRO, N. M. **A Rede de Inovação e Aprendizagem em Gestão Hospitalar no contexto de um Sistema Local de Inovação**. Salvador, 2009. Artigo aceito para publicação na Revista ETC (ISSN 1808-0588).

CUNHA, F. J. A. P.; RIBEIRO, N. M.; PEREIRA, H. B. de B. Processos de aprendizagem e redes sociais: um estudo na Rede InovarH-BA. In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA DA ANCIB – ENANCIB 2009. João Pessoa-Paraíba, 2009.

CUNHA, F. J. A. P. et al. Rede InovarH – Mecanismo de difusão do conhecimento. In: CONGRESSO INTERNACIONAL EM QUALIDADE EM SERVIÇOS E SISTEMAS DE SAÚDE, 2011. São Paulo. **Anais...** São Paulo: [GVSaúde – Centro de Estudos em Planejamento e Gestão de Saúde da FGV-EAESP], 2011. p. 316-319.

DAGNINO, R. **Ciência e tecnologia no Brasil: o processo decisório e a comunidade de pesquisa**. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2007.

DAVENPORT, T. H. **Ecologia da informação: por que só a tecnologia não basta na era da informação**. Tradução de Bernadette S. Abrão. 4. ed. São Paulo: Futura, 1998.

DEGENNE, A.; FORSÉ, M. **Les réseaux sociaux: une analyse structurale en sociologie**. Paris: Armand Colin, 1994.

DIAS, C. A. Portal corporativo: conceitos e características. **Ci. Inf.**, Brasília, v. 30, n. 1, p. 50-60, jan./abr. 2001.

DODGSON, M. Organizational learning: a review of some literatures. **Organization Studies**, v. 14, n. 3, p. 375-394, 1993.

DOYLE, G. M. **Making networks work**. Dublin: Skilnets Training Networks Programme, 2000.

ECKERSON, W. 15 rules for enterprise portals. **Oracle Magazine**, v. 13, n. 4, p. 13-14, July/Aug. 1999. Disponível em: <<http://www.oracle.com/oramag/oracle/99-Jul/49ind.html>>. Acesso em: 23 maio 2009.

ERDÖS, P; RÉNYI, A. On the evolution of random graphs. **Publications of the Mathematical Institute of the Hungarian Academy of Sciences**, n. 5, p. 17-61, 1960.

ETZKOWITZ, H.; LEYDSDORFF, L. The dynamics of innovation: from national systems and "mode 2" to triple helix of university-industry-government relations. **Research Policy**. Amsterdam, v. 29, n. 2, p. 109-123, 2000.

FERRAZ, J.C.; KUPFER, D; HAUGUENAUER, L. **Made in Brazil: desafios competitivos para a indústria**. Rio de Janeiro: Campus, 1995.

FIALHO, S. Metodologia para construção e gestão de redes de cooperação interorganizacionais. In: TEIXEIRA, F. (Org.). **Gestão de redes de cooperação**

interempresariais: em busca de novos espaços para o aprendizado e inovação. Salvador: Casa da Qualidade, 2005. p. 23-151.

FILLION, L. J. Planejamento do seu sistema de aprendizagem empresarial: identifique uma visão e avalie o seu sistema de relação. **Revista de Administração de Empresas**. São Paulo, v. 31, n. 3, p. 63-71, jul./set. 1991.

FILLION, L. J. Empreendedorismo: empreendedores e proprietários-gerentes de pequenos negócios. **Revista de Administração**. São Paulo, v. 34, n. 2, p. 5-28, abr./jun. 1999.

FLEURY, S.; OUVENEY, A. M. **Gestão de redes**: a estratégia de regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

FLEURY, S.; OUVENEY, A. M. Política de saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L. (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

FONTES, S. S. Aprendizagem, redes de firmas e redes de aprendizado: identificando fatores e mecanismos para o desenvolvimento da capacidade competitiva. In: TEIXEIRA, F. (Org.). **Gestão de redes de cooperação interempresariais**: em busca de novos espaços para o aprendizado e inovação. Salvador: Casa da Qualidade, 2005. p. 15-39.

FORGIA, G. M. La; COUTTOLENC, B. F. **Desempenho hospitalar no Brasil**: em busca de excelência. São Paulo: Singular, 2009.

FREEMAN, L. C. Centrality in social networks: Conceptual clarification. **Social Networks**, n. 1, p. 215-239, 1979.

FREEMAN, C. Continental, national and sub-national innovation systems - complementarity and economic growth, **Research Policy**, v. 31, p. 191-211, 2002.

FREEMAN, C. **System of Innovations**: Selected Essays in Evolutionary Economics. Northampton, MA: Edward Elgar, 2008.

FREEMAN, C.; SOETE, L. **The economics of industrial innovation**. London: Routledge, 2000.

FROES BURNHAM, T. Complexidade, multirreferencialidade, subjetividade: três referências polêmicas para a compreensão do currículo escolar. In BARBOSA, Joaquim (Org.). **Reflexões em torno da abordagem multireferencial**. São Carlos: EdUFSCAR, 1998. p. 35-56.

FROES BURNHAM, T. Sociedade da informação, sociedade do conhecimento, sociedade da aprendizagem: implicações ético-políticas no limiar do século. In: LUBISCO, M. N. L.; BRANDÃO, L. M. **Informação & Informática**. Salvador: EDUFBA, 2000.

GADELHA, C. A. G. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. **Ciênc. saúde coletiva**.v. 8, n. 2, p. 521-535, 2003.

GALEFFI, D. O rigor nas pesquisas qualitativas: uma abordagem fenomenológica em chave transdisciplinar. In: MACEDO, R. S.; GALEFFI, D.; PIMENTEL, A. **Um rigor outro sobre a qualidade na pesquisa qualitativa: educação e ciências humanas**. Salvador: EDUFBA, 2009.

GARCIA, R.; MOTTA, F. G.; AMATO NETO, J. Uma análise das características da estrutura de governança em sistemas locais de produção e suas relações com a cadeia global. **Gestão & Produção**. v. 11, n. 3, p. 343-354, set./dez. 2004.

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

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1991.

GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de administração de empresas**. São Paulo, v. 35, n. 2, p. 57-63, mar./abr. 1995.

GONÇALVES, E. L. As funções do hospital moderno. In: GONÇALVES, E. L. (Coord.). **O hospital e a visão administrativa contemporânea**. 2. ed. São Paulo: Pioneira, 1989.

GODBOU, J. T. Digressão sobre as redes e os aparelhos. In: MARTINS, P. H.; FONTES, B. (Org.). **Redes sociais e saúde: novas possibilidades teóricas**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2004.

GRANOVETTER, M. The impact of social structure on economic outcomes. **Journal of Economics Perspective**, v. 19, n. 1, p. 33-50, 2005.

GREENHALGH, T. et al. Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. **The Milbank Quarterly**, v. 82, n. 4, 2004, p. 581-629, 2004.

GROSS, J. T.; YELLEN, J. **Graph Theory and its Applications**. Boca Raton: CRC Press, 1999.

GUINCHAT, C.; MENOU, M. **Introdução geral às ciências e técnicas da informação e documentação**. Brasília: IBICT, 1994.

GÜNTHER, H. Como elaborar um questionário. Brasília, DF: UnB: Laboratório de Psicologia Ambiental, 2003. p. 1-35. (Planejamento de pesquisa para as ciências sociais, n. 1).

HAMDANI, D. Serviços, criação de conhecimento e inovação. Trad. Marcelo Franco Fossey. In: BERNARDES, R.; ANDREASSI, T. (Org.). **Inovação em serviços intensivos em conhecimento**. São Paulo: Saraiva, 2007.

HARVEY, D. **Condição pós-moderna**. Tradução de Adail Ubirajara Sobral e Maria Salete Gonçalves. 12 ed. São Paulo: Loyola, 2003.

HASTENREITER FILHO, H. N. Acertos e desacertos dos principais programas de redes de cooperação interempresariais brasileiros. In: TEIXEIRA, F. (Org.). **Gestão de redes de**

cooperação interempresariais: em busca de novos espaços para o aprendizado e inovação. Salvador: Casa da Qualidade, 2005. p. 97-122.

HUMMEL, G. S. **eHealth** – o iluminismo digital chega à saúde: as tecnologias de informação e comunicação revolucionando o setor saúde. São Paulo: Editora STS, 2006.

IANNI, O. **A sociedade global**. 6. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1998.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **PINTEC, Pesquisa de Inovação Tecnológica**. Disponível em <<http://www.pintec.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 06 out. 2011.

_____. **Pesquisa de Inovação Tecnológica**. PINTEC, 2008. Disponível em <<http://www.pintec.ibge.gov.br/downloads/PUBLICACAO/Publicacao%20PINTEC%202008.pdf>>. Acesso em: mar. 2012.

IMBERT, M. Neurociências e ciências cognitivas. In: ADLER, D. (Org.). **Introdução às ciências cognitivas**. Tradução de Maria Suzana Amoretti. São Leopoldo: Ed. UNISINOS, 1988. p. 55-75.

JARDIM, J. B. Diffusion of innovations in health service organisations: a systematic literature review. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1456-1459, June 2008.

JUNQUEIRA, L. A. P. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. **Revista de Administração Pública (RAP)**. Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 35-45. nov./dez. 2000.

KOLB, D. A. A gestão e o processo de aprendizagem. In: STARKEY, K. (Org.). **Como as organizações aprendem**. São Paulo: Futura, 1997. p. 321-341.

KUMAR, K. **Pós-industrial à pós-moderna:** novas teorias sobre o mundo contemporâneo. Tradução de Ruy Jungmann. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

LARA, M. L. G. de; LIMA, V. M. A. Termos e conceitos sobre redes sociais colaborativas. In: POBLACIÓN, D.; MUGNAINE, R.; RAMOS, L. M. S. V. **Redes sociais e colaborativas:** em informações científicas. São Paulo: Angellara Editora, 2009. p. 605-637.

LASTRES, H. M. M.; ALBAGLI, S. (Org.). **Informação e globalização na era do conhecimento**. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

LASTRES, M. M. H.; CASSIOLATO, E. J. (Coordenadores). **Glossário de arranjos e sistemas produtivos e inovativos locais:** rede de Pesquisa em Sistemas Produtivos e Inovativos Locais (REDESIST). Rio de Janeiro: UFRJ, 2003.

LASTRES, H. M. M.; CASSIOLATO, J. E. (Coord.). **Mobilizando conhecimentos para desenvolver arranjos e sistemas produtivos e inovativos locais de micro e pequenas empresas no Brasil**. Dezembro, 2005. Projeto apoiado pelo SEBRAE. Oitava revisão. Disponível em <http://redesist.ie.ufrj.br/glossario.php>.

LASTRES, H. M.M.; FERRAZ, J. C. Economia da informação, do conhecimento e do aprendizado. In: LASTRES, H. M. M.; ALBAGLI, S. (Org.). **Informação e globalização na era do conhecimento**. Rio de Janeiro: Campus, 1999. p.27-57.

LEROY-PINEAU, F. **Réseaux Sociaux**: bibliografie commentée. Montreal: Université de Montreal, 1994.

LIMA Jr, A. S.; CUNHA, F. J. A. P. Por uma perspectiva crítica da análise de processos de aprendizagem a partir das redes sociais. In: AMORIM, A.; LIMA, A. S. de; MENEZES, J. (Org.) **Educação e contemporaneidade**: processos e metamorfoses. Rio de Janeiro: Quartet, 2009.

LOERMANS, J. Synergizing the learning organization and knowledge management. **Kempston: Journal of Knowledge Management**, v. 6, n. 3, p. 285-294, 2002.

LOPES, F. D.; BALDI, M. Redes como perspectiva de análise e como estrutura de governança: uma análise das diferentes contribuições. **Revista de Administração Pública (RAP)**, v. 43, n. 5, set./ out. 2009.

LUNA, S. V. de. **Planejamento de pesquisa**: uma introdução. São Paulo: EDUC, 1999.

LUNDVALL, B. et al. National systems of production, innovation and competence building. In: DRUID CONFERENCE: NATIONAL SYSTEMS OF INNOVATION, 2001. Aalborg. Aalborg Department of Business Studies/Institutions and Public Policy, Draft of 2001.

MAJOR, E. J; CORDEY-HAYES, M. Engaging the business support network to give SMEs the benefit of foresight. *Technovation*, Essex GB, v. 20, 1999.

MANCE, E. **A revolução das redes**: a colaboração solidária como alternativa pós-capitalista à globalização atual. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000.

MARTINHO, C. O projeto das redes: horizontalidade e insubordinação. **Aminoácidos**. n. 2, mar. 2002.

MARTINS, H. F. Burocracia e a revolução gerencial — a persistência da dicotomia entre política e administração. **Revista do Serviço Público**, Brasília, ano 48, n. 1, p. 42-78, jan./abr. 1997.

MARTELETO, R. M. Análise de redes sociais: Aplicação nos estudos de transferência de informação. **Ciência da Informação**, v. 30, n. 1, 2001, p. 71-81, jan./abr. 2001.

MARTELETO, R. M. Conhecimentos e conhecedores: apontamentos sobre ciência, os pesquisadores e seu papel social. In: MARTELETO, R. M.; STOTZ, E. N. (Org.). **Informação, saúde e redes sociais**: diálogos de conhecimentos na comunidade da Maré. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ: Editora UFMG, 2009. p. 43-62.

MASSARANI, L. **A divulgação científica no Rio de Janeiro**: algumas reflexões sobre a década de 20. 1998, p. 177. Dissertação (Mestrado em Ciência da Informação) – Instituto Brasileiro

de Informação em C&T (IBICT)/CNPq em convênio com a Escola de Comunicação/UFRJ, Rio de Janeiro, 1998.

MÂSIH, R. T. **Gestão Social**: práticas em debate, teorias em construção. Juazeiro do Norte: Imprensa Universitária, 2008. 284p.

MATHEUS, R. F.; SILVA, A. B. de O. Fundamentação básica para a análise de redes sociais: conceitos, metodologia e modelagem matemática. In: POBLACIÓN, D.; MUGNAINE, R.; RAMOS, L. M. S. V. **Redes sociais e colaborativas**: em informações científicas. São Paulo: Angellara Editora, 2009. p. 239-287.

MATTELART, A. **História da utopia planetária da cidade profética à sociedade global**. Lisboa: Bizâncio, 2000.

MATTELART, A.; MATTELART, M. **História das teorias da comunicação**. Tradução de Luiz Paulo Rouanet. 6 ed. São Paulo: Edições Loyola, 2003.

MCGEE, J.; PRUSAK, L. **Gerenciamento estratégico da informação**. Tradução de Astrid Beatriz de Figueiredo. 6. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1994.

MENDES, V. L. P. S. **Inovação gerencial em serviços públicos de saúde e cidadania**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

MENDES, V. L. S.; CUNHA, F. J. A. P.; TEIXEIRA, F. Redes sociais de colaboração: a experiência de uma rede de hospitais. In: TEIXEIRA, F. (Org.). **Gestão de redes de cooperação interempresariais**: em busca de novos espaços para o aprendizado e inovação. Salvador: Casa da Qualidade, 2005. p. 77-95.

MENDES, V. L. S.; CUNHA, F. J. A. P. Redes colaborativas de inovação e aprendizagem em gestão hospitalar. In: CONGRESSO LATINO AMERICANO DE ADMINISTRADORES. 2007. São Domingos, República Dominicana. **Anais...**, São Domingos, República Dominicana, 2007.

MENDES, V. L. S.; CUNHA, F. J. A. P.; MACHADO, G. Tecnologias de informação e comunicação e sistema de informação gerencial como ferramentas na geração e difusão do conhecimento. In: CONGRESSO LATINO-IBEROAMERICANO DE GESTÃO DA TECNOLOGIA, 8., 2009. Cartagena das Índias, Colômbia. **Anais...** ALTEC, 2009. Cartagena das Índias, Colômbia: 2009.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde: uma mudança na organização e na gestão dos sistemas de atenção à saúde. In: VECINA NETO, G.; MALIK, A. M. **Gestão em saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

MENDONÇA, A. V. M. O processo de comunicação Todos-Todos e a produção de conteúdos: desafios à gestão do conhecimento. In: MOYA, J.; SANTOS, E. P.; MENDONÇA, A. V. M. (Org.) **Gestão do conhecimento em saúde no Brasil**: avanços e perspectivas. Brasília: OPAS, 2009.

MINAYO, M. C. de S.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, jul./set. 1993.

MIOZZO, M; SOETE, L. Internationalization of services: a technological perspective. **Tecnological Forecasting and Social Change**, v. 67, p. 159-185, 2001.

MORAES, I. H. S. de. **Informação em saúde**: da prática fragmentada ao exercício da cidadania. São Paulo: HUCITEC, 1993; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1993.

MOREIRA, M. A; MASINE, E. F. Salzano. **Aprendizagem significativa**: a teoria de David Ausubel. São Paulo: Centauro, 2001.

MORGAN, G. **Imagens da organização**. São Paulo: Atlas, 1996.

MORIN, E. **Para sair do século XX**. Tradução de Vera Azambuja Harvey. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

MORIN, E. A necessidade de um pensamento complexo. In: MENDES, C.; LARRETA, E. (Ed.) **Representação e complexidade**. Rio de Janeiro: Garamond, 2003, p. 69-78.

MORIN, E. **O método 1**: a natureza da natureza. Porto Alegre: Sulina, 2005a.

MORIN, E. **O método 3**: conhecimento do conhecimento. Porto Alegre: Sulina, 2005b.

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. Tradução de Eliane Lisboa. 3. ed. Porto Alegre: Sulina, 2007.

MOTA, E.; CARVALHO, D. Sistemas de Informação em saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. de (Org.). **Epidemiologia e saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. p. 505-521.

MYTELKA, L. K.; FARINELLI, F. **Local clusters, innovation systems and sustained competitiveness**. Rio de Janeiro: IE/UFRJ/BNDES/FINEP/FUJB, 2000. Nota Técnica nº 5 do Projeto: arranjos e sistemas produtivos locais e as novas políticas de desenvolvimento industrial e tecnológico.

NATALE, E.; OLIVIERE, C. **Guia brasileiro de produção cultural 2004**. São Paulo: Editora Zé do Livro, 2003.

NAVES, Â.; ROCHA NETO, I. Avaliação do PAS – Programa de Avaliação Seriada da Universidade de Brasília. In: ROCHA NETO, I.; IARONSKI NETO, A.; NEHME, C. C. (Org.). **Complexidade e avaliação**: teoria e prática. Brasília: Universa, 2008. p. 123-136.

NEWMAN, M. E. J. **Networks**. An introduction. Great Britain: Oxford University Press, 2011.

NONAKA, I.; TAKEUCHI, H. **The Knowledge Creating Company**. New York: Oxford University Press, 1995.

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

NONAKA, I.; TOYAMA, R.; KONNO, N. **SECI, BA and leadership**: a unified model of dynamic knowledge creation. *Long Range Planning*. v. 33, n. 1, Feb. 2000.

NORONHA, J.; LIMA, L. D. de; MACHADO, C. V. O sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, L. (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

NUSSENVEIG, H. M. **Complexidade e caos**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ/Copea, 2008.

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico. **Managing National Innovation Systems**. 1999. Disponível em: <<http://www.scribd.com/doc/7298586/OCDE-1999-Managing-National-Innovation-Systems#>>. Acesso em: 18 set. 2011.

_____. **Manual de Oslo**. 2004. Disponível em: <www.finep.gov.br/imprensa/sala_imprensa/manual_de_oslo.pdf>. Acesso em: 18 set. 2011.

_____. **Manual de Oslo: Diretrizes para a coleta e interpretação de dados sobre inovação**. 3. ed. Traduzido sob a responsabilidade da FINEP. Rio de Janeiro: FINEP, 2005.

OLIVEIRA-CASTRO, G. A. de; PILATI, R.; BORGES-ANDRADE, J. E. Percepção de suporte organizacional: desenvolvimento e validação de um questionário. **RAC**, v. 3, n. 2, p. 20-51, maio/ago. 1999.

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde. **La transformación de la gestión de hospitales en América Latina y el Caribe**. Washington, D.C. , 2001.

_____. **Gestão de redes na OPAS/OMS Brasil**: conceitos, práticas e lições aprendidas. Brasília, 2008.

_____. **Gestão do conhecimento em saúde no Brasil**: avanços e perspectivas. Org. José Moya, Eliane Pereira dos Santos, Ana Valéria M. Mendonça. Brasília: OPAS, 2009.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 12 (Sup), p. 1819- 1829, 2007.

PASSOS, A. K. Novos modelos de gestão e informação. In: LASTRES, H. M. M.; ALBAGLI, S. (Org). **Informação e globalização na era do conhecimento**. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

PASQUALI, A. P. **Compreender la comunicación**. Caracas: Monte Ávila Editores, 1978.

PAVITT, K. Sectorial patterns of technical change: towards a taxonomy and a theory. **Research Policy**, v. 13, n. 6, p. 343-373, 1984.

PENROSE, E. **The theory of growth of the firm**. Oxford: Basil Blackwell, 1959.

PEREIRA, H. B. de B.; FREITAS, M. C.; SAMPAIO, R. R. Fluxos de informações e conhecimentos para inovações no arranjo produtivo local de confecções em Salvador, Bahia.

DataGramaZero – Revista de Ciência da Informação – v. 8, n. 4, ago. 2007.

POLANYI, M. **Personal Knowledge: Towards a Post-Critical Philosophy**. Chicago: University of Chicago Press. 1958.

PORTER, M. **Estratégia competitiva**. 9. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1991.

PUTNAM, R. D. **Comunidade e democracia: a experiência da Itália moderna**. 4. ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005.

QUEIROZ, S. Aprendizado tecnológico. In: PELAEZ, V.; SZMRECSÁNYI, T. **Economia da inovação tecnológica**. São Paulo: Editora Hucitec, 2006.

RECUERO, R. C. **Redes sociais na Internet: considerações iniciais**. 2004. Disponível em <<http://www.bocc.ubi.pt/pag/recuero-raquel-redes-sociais-na-internet.pdf>>. Acesso em: 30 maio 2009.

REDE INOVARH. **Portal da Rede InovarH**. Disponível em: www.inovarh.ufba.br. Acesso em: 22 dez. 2009.

REYNOLDS, H.; KOULOPOULOS, T. Enterprise knowledge has a face. **Intelligent Enterprise**, v. 2, n. 5, p. 29-34. Disponível em:< <http://www.intelligententerprise.com/993003/feat1.shtml> >. Acesso em: 14 mar. 2009.

RICHTER, F. J. **Strategic networks: the art of japanese interfirm cooperation**. New York: The Haworth Press, 2000.

RITs - Rede de informações para o terceiro setor. Fundamentos e Paradigmas das Redes In: **Rits - Redes** . Disponível em: <<http://www.rits.org.br/>>. Acesso em: 28 jan. 2005.

ROBREDO, J. **Da ciência da informação revisitada: aos sistemas humanos de informação**. Brasília: Thesaurus; SSRR Informações, 2003.

ROCHA NETO, I.; CARNEIRO, A.; NAVES, Â. Introdução à teoria da complexidade. In: ROCHA NETO, I.; IAROZONSKI NETO, A.; NEHME, C. C. (Org.). **Complexidade e avaliação: teoria e prática**Brasília: Universa, 2008. p. 15-40.

ROGERS, E. M. **Diffusion of innovations**. 5. ed. New York: Free Press, 2003.

SALDANHA, R. **Uma ótima visão sobre as funções de um portal corporativo**. Junho, 2009. Disponível em: <<http://mygc.wordpress.com/2008/06/11/uma-otima-visao-sobre-as-funcoes-de-um-portal-corporativo/>>. Acesso em: 20 fev. 2009.

SANTANA, J. P. Rede de Inovação e aprendizagem em gestão hospitalar: concepção e desafios. In: CONGRESO INTERNACIONAL DEL CLAD SOBRE LA REFORMA DEL ESTADO Y DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, 12., 2007. Sto. Domingo, Rep. Dominicana, **Anais...** Sto. Domingo, 2007.

SANTOS, V. B. dos. A prática arquivística em tempos de gestão do conhecimento. In: SANTOS, V. B. dos; INNARELLI, H. C.; SOUSA, R. T. B. de. (Org.). **Arquivística: temas contemporâneos: classificação, preservação digital, gestão do conhecimento.** Distrito Federal: SENAC, 2007.

SBICCA, A.; PELAEZ, V.. Sistemas de inovação. In: PELAEZ, V.; SZMRECSÁNYI, T. **Economia da inovação tecnológica.** São Paulo: Editora Hucitec, 2006.

SENDIN, P. V.; APPOLONI, C. R. Articulando um sistema local de inovação: a gênese do Conselho Municipal de Ciência e Tecnologia de Londrina, PR, Brasil. In: CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DAS INSTITUIÇÕES DE PESQUISA TECNOLÓGICA, 2006. Campinas, SP. **Anais...** Brasília: ABIPTI, 2006. p. 39 .

SENGE, P. **A quinta disciplina: arte e prática da organização que aprende.** São Paulo: Best Seller, 1990.

SENGE, P. **A quinta disciplina: arte e prática da organização que aprende.** São Paulo: Best Seller, 2010.

SENGE, P. et al. **Presença: propósito humano e o campo do futuro.** São Paulo: Cultrix, 2007.

SCHUMPETER, J. A. **Teoria do desenvolvimento econômico.** Tradução de Laura Schlaepfer. Rio de Janeiro: Fundo de Cultura, 1961. Cap. 2.

SILVA, M. R. da; CARNEIRO, M. H. da S. Popularização da ciência: análise de uma situação não formal de ensino. In: REUNIÃO ANUAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM EDUCAÇÃO, 29., 2006. Caxambu/MG. **Anais...** Caxambu: ANPED, 2006. Disponível em <<http://www.anped.org.br/reunioes/29ra/trabalhos/trabalho/GT16-2664--Int.pdf>>. Acesso em: 3 jan. 2012.

SILVA, F. Q. B.; SUASSUNA, M.; MACIEL, S. de M. Um modelo de desenvolvimento local baseado em inovação e o papel dos parques tecnológicos na sua implantação. **Revista da Micro e Pequena Empresa.** Campo Limpo Paulista, v. 3, n. 1, p. 25-37, 2009.

SILVA, H. P. da. **Inteligência competitiva na Internet: proposta de um processo.** Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000, 192 f. Disponível em: <<http://teses.eps.ufsc.br/defesa/pdf/1750.pdf>>.

SIMANTOB, M.; LIPPI, R. **Guia valor econômico de inovação nas empresas.** São Paulo: Globo, 2003.

SPERS, E. E.; SANTOS, J. M. Heurística e o comportamento do consumidor em serviços universitários. In: MOSTRA ACADÊMICA DA UNIMEP, 5., 2007. Piracicaba, SP. **Anais eletrônicos...** Piracicaba, SP: UNIMESP, 2007. Disponível em <<http://www.unimep.br/phpg/mostracademica/anais/5mostra/5/520.pdf>>. Acesso em: mar. 2012.

SPILLER, E. S. et al. **Gestão em serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2010.

SOLLA, J. J. S. P. Avanços e limites da descentralização no SUS e o “Pacto de Gestão”. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 30, n. 2, p. 332-348, jul./dez. 2006.

SOUZA, C. **Talentos e competitividade**. Rio de Janeiro: Qualitymark Ed., 2000.

SOUZA, L. E. P.; SILVA, L. M. da; HARTZ, Z. M. de A. Conferência de consenso sobre a imagem-objeto da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: HARTZ, Z. M. de A.; SILVA, L. M. da. **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

SRI – Sistema Regional de Inovação. Portal Regional de Inovação do Sudoeste do Paraná. Disponível em <<http://www.sudoesteinovativo.com.br>>. Acesso em: 20 de fevereiro de 2010.

STOPER, M. Desenvolvimento territorial na economia global do aprendizado: o desafio dos países em desenvolvimento. In: ROBERTO, L. C.; SANTOS JUNIOR, O. A. **Globalização, fragmentação e reforma urbana: o futuro das cidades brasileiras em crise**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1994.

STOTZ, E. N. Redes sociais e saúde. In: MARTELETO, R. M.; STOTZ, E. N. (Org.). **Informação, saúde e redes sociais: diálogos de conhecimentos na comunidade da Maré**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ: Editora UFMG, 2009. p. 27-42.

STREIT, C. S. **Desenvolvimento de competências gerenciais associadas à inovação na gestão: a contribuição da aprendizagem organizacional**. Dissertação (Mestrado em Administração) - Escola de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001.

SWIERINGA, J.; WIERDSMA, A. **La organización que aprende**. Wilmington (USA): Addison-Wesley, 1995.

SVEIBY, K.E. **A nova riqueza das organizações**. Rio de Janeiro: Campus, 1998.

SUZIGAN, W.; GARCIA, R.; FURTADO, J. Governança de sistemas de MPME em clusters industriais. IN: LASTRES, H. M. M.; CASSIOLATO, J. E. et al. (Coord.). **Proposição de políticas para a promoção de sistemas produtivos locais de micro, pequenas e médias empresas**. Rio de Janeiro: UFRJ: FINEP: SEBRAE: CNPq, 2002. Disponível em: <www.ie.ufrj.br/redesist>.

TAKEUCHI, H.; NONAKA, I. **Gestão do conhecimento**. Porto Alegre: Bookman, 2008.

TEIXEIRA, S. M. F.; OUVENEY, A. M. **Gestão de redes**: a estratégia de regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

TERRA, J. C. C. Gestão do conhecimento: aspectos conceituais e estudos exploratórios sobre as práticas de empresas brasileiras. In: FLEURY, M. T. L.; OLIVEIRA JR, M. de M. (Org.). **Gestão estratégica do conhecimento**: integrando aprendizagem, conhecimento e competências. São Paulo: Atlas, 2001.

TERRA, J. C. C. **Gestão 2.0**: como integrar a colaboração e a participação em massa para o sucesso dos negócios. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

TERRA, J. C. C.; GORDON, C. **Portais corporativos: a revolução na gestão do conhecimento**. São Paulo: Negócio, 2002.

TIRONI, L. F.; CRUZ, B. de O. **Inovação incremental ou radical**. Brasília: IPEA, 2008. p. 1-37. (Texto para discussão, n. 1360)

TSEKOURAS, G.; BESSANT, J. **Learning about learning networks**. Brighthon: University of Brighthon, 1999. Working Paper, CENTRIM.

TIDD, J.; BESSANT, J.; PAVITT, K. **Gestão da inovação**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2008.

TIGRE, P. **Gestão da inovação**: a economia da tecnologia no Brasil. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

TOBAR, F.; YALOUR, M. R. **Como fazer teses em saúde pública**: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

TOMAÉL, M. I.; MARTELETO, R. M. Redes sociais: posições dos atores no fluxo da informação. **Enc. Bibli: R. Eletror. Bibliotecon. Ci. Inf.**, Florianópolis, n.esp., 1º sem. 2006.

VALENTE, T. W. **Social networks and health**. Models, methods, and applications. New York: Oxford University Press, 2010.

VASCONCELOS, I. F. G. de; MASCARENHAS, A. O. **Organizações em aprendizagem**. São Paulo: Thomson Learning, 2007.

VASCONCELOS, M. J. E. de. **Pensamento sistêmico**: o novo paradigma da ciência. Campinas, SP: Papirus, 2002.

VECINA NETO, G. A evolução da assistência à saúde no mundo e no Brasil até o SUS. In: VECINA NETO, G.; MALIK, A. M. (Org.) **Gestão em saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

VIANA, A. L. D.; BAPTISTA, T. W. de F. Análise de políticas de saúde. In: GIOVANELLA, L. (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

VIEIRA, S. **Princípios de estatística**. São Paulo: Guazzelli, 1999.

WASSERMAN, S.; FAUST, K. **Social Network Analysis: methods and applications**. Cambridge: Cambridge University Press, 1994. p. 291-343.

WATTS, D. J.; STROGATZ, S. H. Collective dynamics of small-world networks. **Nature**, nº 393, p. 440-442, 1998.

WATTS, D. J. **Seis graus de separação: a evolução da ciência de redes em uma era conectada**. São Paulo: Leopardo Editora, 2009.

**APÊNDICE A - Relação de Trabalhos Apresentados e Publicados em Congressos,
Anais e capítulos de livros ao longo dos anos de 2005 até 2011**

ITEM	ANO	PARCERIAS	TÍTULO	NATUREZA
01	2005	MENDES, V. L. S.; TEIXEIRA, F.	Redes sociais de colaboração: a experiência de uma rede de hospitais. In: Teixeira, F. (org.). Gestão de redes de cooperação interempresariais : em busca de novos espaços para o aprendizado e inovação. Salvador: Casa da Qualidade, 2005. p. 77-95.	Capítulo de livro
02	2005	SILVA, H. P. da.	Informação e comunicação no contexto dos hospitais . In: Anais do XXVIII Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação , UERJ – 5 a 9 de setembro de 2005. Intercom – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação. Rio de Janeiro, 2005.	Anais e apresentação oral
03	2006	RAMACCIOTTI, R.L.; CARVALHO, F.; HASTENREITER FILHO, H.N.; LIMA, M.; MERCÊS, R.; FAGUNDES, M.E.M.	Incubadoras, Parques Tecnológicos e Arranjos Produtivos Locais: diferenciais competitivos para as micro e pequenas empresas na Bahia. In: Lages, V.; Tonholo, J. Desafios de competitividade em arranjos produtivos locais: dinâmicas de inovação e papel das incubadoras de empresas e parques tecnológicos . Brasília: AMPROTEC, 2006.	Capítulo de livro
04	2007	MENDES, V. L. S.;	Redes colaborativas de inovação e aprendizagem em gestão hospitalar. In: Anais do Congresso Latino Americano de Administradores . São Domingos, 2007.	Anais e apresentação oral
05	2008	MENDES, V. L. S. ; HASTENREITER FILHO, H. N.	Management information system (MIS) as a tool for innovation and learning in health services. In: 5 TH International Conference on Information Systems and Technology Management.. São Paulo. Anais 5TH CONTECSI , June 4 TH – 6 TH , 2008.	Anais e apresentação oral
06	2009	SOUZA, M. C. ; MENDES, V. L. S. ; SILVA, A. R.	Portal colaborativo como ferramenta para aprendizagem e inovação. In: Anais ALTEC, 2009 . Cartagena das Índias – Colômbia, 2009.	Anais e apresentação oral
07	2009	MENDES, V. L. S. ; MACHADO, G.	Tecnologias de informação e comunicação e sistema de informação gerencial como ferramentas na geração e difusão do conhecimento. In: Anais ALTEC, 2009 . Cartagena das Índias – Colômbia, 2009.	Anais e apresentação oral
08	2009	MENDES, V. L. S.	Sistema de informação gerencial na difusão de conhecimento de práticas de gestão hospitalar. In: IX CONGRESSO INTERNACIONAL DE QUALIDADE EM SERVIÇOS E SISTEMAS DE SAÚDE, 2009, São Paulo. In: Anais Qualishop2009 . São Paulo, 2009, p.127-131.	Anais e apresentação oral
09	2009	RIBEIRO, N. M.	A Rede de Inovação e Aprendizagem em Gestão Hospitalar no contexto de um Sistema Local de Inovação . Salvador: Programa de Pós Graduação Doutorado Multi-institucional e Multidisciplinar em Difusão do Conhecimento/FACED-Disciplina Criação e Difusão do Conhecimento para Inovação Tecnológica /UFBA, 2009.	Artigo Revista da ETC (ISSN 1808-0588)

ITEM	ANO	PARCERIAS	TÍTULO	NATUREZA
10	2009	RIBEIRO, N. M.; PEREIRA, H. B. de B.	Processos de aprendizagem e redes sociais: um estudo na Rede InovarH-BA. In: Anais X Encontro Nacional de Pesquisa da ANCIB – ENANCIB 2009 . João Pessoa, Paraíba, 2009.	Anais e apresentação oral
11	2009	MOTTA, L; LIMA Jr, A. S.	Ciência & Tecnologia; Comunicação & Informação: Fatores de Sustentabilidade dos Sistemas Vivos. IX CINFORM – Encontro Nacional de Ensino e Pesquisa em Informação – França.BR 2009	Anais e apresentação oral
12	2009	RIBEIRO, N.; SABA, H.; SANTOS, D.; SILVA, A.; PEREIRA, H. B. de B.	Redes Sociais de Inovação e Aprendizagem: um estudo na Rede InovarH-BA. WMCDC09 – III Shopping em Modelagem Computacional de Difusão do Conhecimento.	Pôster
13	2009	LIMA Jr, A. S.	Por uma perspectiva crítica da análise de processos de aprendizagem a partir das redes sociais. In: Educação e contemporaneidade: processos e metamorfoses . Orgs: Antonio Amorim, Arnaud Soares de Lima, Jaci Menezes. Rio de Janeiro: Quartet, 2009.	Capítulo de livro
14	2011	RIBEIRO, N. M.; PEREIRA, H. B. de B.; MENDES, V. L. S.	Rede InovarH – Mecanismo de difusão do conhecimento, 2011, São Paulo. In: Anais Qualishop2011 . São Paulo, 2011, p.316-319.	Anais e apresentação oral
15	2011	RIBEIRO, N. M.; PEREIRA, H. B. de B.	Redes como mecanismo de inovação e aprendizagem: um estudo da Rede InovarH-BA. In: Saberes plurais, difusão do conhecimento e práxis pedagógica . Santos, Wilson et al. Salvador: EdUNEB, 2012.	Capítulo de livro

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO



Prezado (a) Participante:

Este questionário é um instrumento da pesquisa sobre “**REDES SOCIAIS: RUMO À INOVAÇÃO, APRENDIZAGEM E CONHECIMENTO EM GESTÃO HOSPITALAR**”, cujo objetivo é analisar as possibilidades e as limitações da estruturação dos serviços de saúde, em particular os hospitais, como uma Rede Social de Inovação e Aprendizagem, a partir do estudo da Rede de Inovação e Aprendizagem em Gestão Hospitalar (Rede InovarH-BA).

Estamos contatando as organizações hospitalares que possuem termo de adesão com a Rede InovarH-BA, objeto empírico deste estudo, e esta é uma delas. Assim, contamos com a sua valiosa colaboração em responder o questionário. **Ressaltamos que não existem respostas certas ou erradas. Importa o que V.S.ª pensa.**

Confidencialidade

Esclarecemos que as respostas serão tratadas de forma **confidencial** e agregadas de maneira que nenhuma resposta individual possa ser identificada. A razão social da organização e os dados cadastrais dos entrevistados serão mantidos em **sigilo absoluto**, garantido, assim, o anonimato.

Agradecemos a sua preciosa contribuição!

Universidade Federal da Bahia (UFBA)

Instituto Federal da Bahia (IFBA)

Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)

Universidade do Estado da Bahia (UNEB)

Senai-Cimatec

Laboratório Nacional de Computação Científica (LNC)/ Ministério da Ciência e Tecnologia (MCT)

Nº Questionário:	Entregue dia:	Respondido dia:	Devolvido dia:
-------------------------	----------------------	------------------------	-----------------------

Grupo I - Avalie esta organização hospitalar quanto aos itens abaixo, marcando com "X" sua opinião quanto às afirmações apresentadas.

	Itens	(1) Discord o total- mente	(2) Discord o mais do que concor do	(3) Não concor do nem discord o	(4) Concor do mais do que discord o	(5) Concor do total- mente
1.	Esta organização hospitalar propõe melhoria nos processos de gestão (assistencial e administrativa) frequentemente					
2.	Procedimentos gerenciais completamente novos são propostos frequentemente por esta organização					
3.	Os funcionários / empregados desta organização hospitalar contribuem para a criação de novos procedimentos gerenciais					
4.	Os funcionários/ empregados participam plenamente das decisões relacionadas à gestão hospitalar					
5.	Os funcionários / empregados são frequentemente informados sobre as decisões estratégicas relacionadas à gestão hospitalar					
6.	Os funcionários / empregados são frequentemente informados sobre as decisões operacionais relacionadas à gestão hospitalar					
7.	Esta organização hospitalar considera falhas como oportunidades de aprendizado					
8.	Os erros dos funcionários/ empregados são usados no amadurecimento desta organização					
9.	Esta organização incentiva seus funcionários / empregados a criarem procedimentos em colaboração com outras organizações hospitalares					
10.	Esta organização valoriza o saber dos funcionários/ empregados					
11.	Há um bom plano de capacitação e requalificação dos funcionários/ empregados desta organização					
12.	Há facilidade de comunicação entre esta organização hospitalar e as demais que compõem a Rede InovarH-BA					
13.	Esta organização hospitalar compartilha frequentemente dados e informações com outras organizações hospitalares					
14.	Os cursos ofertados pela Rede InovarH-BA favorecem a criação de vínculos entre as organizações hospitalares					
15.	O Sistema de Informação Gerencial (SIG) da Rede InovarH-BA é uma ferramenta de interação entre as organizações hospitalares					
16.	Há interação entre esta organização e os órgãos governamentais (Secretaria de Saúde, MS etc)					
17.	Há interação entre esta organização e as universidades					
18.	A interação entre as organizações que participam da Rede InovaH-BA contribui para a melhoria de sua práticas gerenciais					
19.	Esta organização usa sistemas de comunicação eletrônicos para divulgação e compartilhamento das informações sobre gestão hospitalar					
20.	Esta organização realiza encontros presenciais para divulgação e compartilhamento das informações entre seus funcionários / empregados					
21.	Esta organização realiza eventos para divulgação e compartilhamento das informações com outras organizações					
22.	Existe estratégia de mobilização interna para a participação na Rede InovarH-BA					

Grupo II – Responda às questões abaixo marcando com um “X” quantas opções você considerar procedentes. Caso nenhuma alternativa se aplique, deixe a questão em branco.

- 1) Indique as ferramentas de aprendizagem e compartilhamento de informações usadas na organização hospitalar na qual V. S.^a se insere. Podem ser indicadas várias ferramentas:
- Internet
 - Intranet
 - E-mails
 - Portal eletrônico da organização
 - Outros portais eletrônicos
 - Sistema de Informação Gerencial (SIG) da Rede InovarH
 - Ferramentas Web 2.0 (Twitter; Orkut; Linked; Facebook; MSN; ou outros);
 - Redes Sociais
 - Web TV Corporativa.
 - Comunidades de práticas.
 - Indicadores de avaliação
 - Prontuário Eletrônico
 - Outros _____.
- 2) Assinale, dentre as práticas de gestão abaixo, as utilizadas por esta organização hospitalar:
- Gestão de relacionamento com os usuários/pacientes
 - Registro e disseminação de práticas aprendidas no âmbito interno
 - Transferência ou compartilhamento de melhores práticas para outras organizações hospitalares
 - Parcerias com grupos de especialistas em gestão hospitalar
 - Aquisição de *know how* de outras organizações hospitalares
 - Criação e alimentação de bancos de Protocolos Assistenciais
 - Comparação de práticas com outras organizações hospitalares (*Benchmarking*)
 - Elaboração de cenários prospectivos
 - Eventos de criação e seleção de ideias
 - Mapeamento de conhecimentos entre os funcionários / empregados
 - Capacitação e desenvolvimento de pessoas
- 3) Como esta organização hospitalar organiza e armazena o conhecimento novo?
- Bancos de dados de livre acesso aos colaboradores deste hospital
 - Bancos de dados de livre acesso aos parceiros deste hospital
 - Bancos de dados de acesso restrito
 - Outros: _____.
- 4) Como os novos conhecimentos são incorporados às práticas de gestão nesta organização hospitalar?
- 1) Cursos e treinamentos.
 - 1) *Workshops* e seminários.
 - 1) Publicações nos jornais e periódicos do hospital.
 - 1) Ferramentas Web 2.0. e Redes Sociais.
 - 1) Web TV Corporativa.
 - 1) Comunidades de práticas
 - 1) Outros _____ Especificar _____
- 5) Quais são as principais fontes de ideias, informações e conhecimentos desta organização?
- Funcionários/Empregados das áreas envolvidas
 - Parceiros (outras organizações hospitalares)
 - Fornecedores
 - Usuários/Clientes
 - Especialistas em gestão hospitalar
 - Web 2.0 e Redes Sociais
 - Universidades
 - Ministério da Saúde
 - Secretaria de Saúde Estadual
 - Secretaria de Saúde Municipal
 - Organização Pan - Americana de Saúde (OPAS)
 - Outros: _____ Identificar _____
- 6) Em relação a esta organização hospitalar, como você descreveria o processo de inovação e aprendizagem?
- Produz conhecimentos e informações
 - Gerencia conhecimentos e informações
 - Difunde conhecimentos e informações
 - Não produz conhecimentos e informações.

Grupo III – Assinale com um “X” e preencha as demais informações solicitadas:

1) Você identifica que houve melhoria de procedimento nesta organização hospitalar nos últimos dois anos? () Sim () Não

1.1 **Em caso afirmativo**, indique sua opinião para cada serviço abaixo, por ordem de importância crescente (considerando 1 para a **menos importante** e 5 para a **mais importante** e NSA -Não Se Aplica).

Grau de Importância	SERVIÇOS ASSISTENCIAIS	Grau de Importância	SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS
	Serviços Médicos		Arquivo
	Serviços de Enfermagem		Lavanderia
	Nutrição		Higienização
	Farmácia		Contas Médicas
	Centro Cirúrgico		Compras
	Central de Material Esterilizado (CME)		Almoxarifado
	UTI		Recepção
	Serviços de Diagnóstico e Tratamento (SADT)		Tecnologia da Informação (TI)
	Emergência		Comunicação e Marketing
	Ambulatório		Regulação de leitos
	Gerenciamento de Riscos		Programa de Educação Permanente
	Controle de Infecção Hospitalar - CIHH		Gestão de Documentos
	Outros (Especificar)		Outros (Especificar)

2) Você conhece o Sistema de Informação Gerencial (SIG) da Rede InovarH-BA? () Sim () Não

2.1 **Em caso afirmativo**, assinale com que frequência esta organização hospitalar alimenta o Sistema de Informação Gerencial (SIG) da Rede InovarH-BA neste ano:

- Uma vez por mês
- Uma vez por bimestre
- Uma vez a cada trimestre
- Uma vez a cada semestre
- Nunca
- Não disponho desta informação

Grupo IV – Indique, para responder às seguintes questões, o número da organização hospitalar listado no quadro abaixo.

1) **Indique** pelo menos três organizações hospitalares com as quais **você desenvolveu procedimentos inovadores de gestão hospitalar.**

a) _____ b) _____ c) _____

2) **Indique** pelo menos 3 organizações hospitalares às quais **você recorreria para esclarecer dúvidas de processos gerenciais.**

a) _____ b) _____ c) _____

3) **Indique** pelo menos três organizações hospitalares com as quais **você gostaria de compartilhar processos gerenciais inovadores de sucessos.**

a) _____ b) _____ c) _____

ITEM	ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES REDE INOVARH-BA
01	Hospital Ana Neri
02	Hospital da Cidade
03	Hospital da Sagrada Família
04	Hospital de Base Luís Eduardo Magalhães
05	Hospital Dois de Julho
06	Hospital Eládio Lassere
07	Hospital Especializado D. Rodrigo Menezes
08	Hospital Especializado Octávio Mangabeira
09	Hospital Geral Cleriston Andrade
10	Hospital Geral de Itaparica
11	Hospital Geral Ernesto Simões Filho
12	Hospital Geral Luiz Viana Filho
13	Hospital Geral Menandro de Faria
14	Hospital Geral Prado Valadares
15	Hospital Humberto de Castro Lima
16	Hospital Jorge Valente
17	Hospital Juliano Moreira
18	Hospital Manoel Victorino
19	Hospital Municipal Dilton Bispo de Santana
20	Hospital Municipal Pedro Pimentel Ribeiro
21	Hospital Municipal Professor Jorge Novis
22	Hospital Nair Alves de Souza
23	Hospital Regional de Guanambi
24	Hospital Regional de Ibotirama
25	Hospital Salvador
26	Hospital Santa Izabel
27	Hospital São Jorge
28	Hospital São Rafael
29	Hospital Universitário Professor Edgard Santos
30	Itaigara Memorial Hospital Dia
31	Obras Sociais Irmã Dulce
32	Instituto de Perinatologia da Bahia
33	Maternidade Albert Sabin
34	Maternidade Climério de Oliveira
35	Maternidade de Referência Prof. José Maria de Magalhães Neto

Grupo V - Informações sobre o respondente:

- **Organização hospitalar:** _____
- **Sexo:** () Masculino () Feminino
- **Idade:** () entre 20 e 25 anos () entre 26 e 30 anos () entre 31 e 40 anos () entre 40 e 50 anos () entre 50 e 60 anos () mais de 61 anos.
- **Graduado em** _____
- **Tempo de Formado:** () até 2 anos () de 2 a 5 anos () de 5 a 10 anos () de 10 a 20 anos () mais de 20 anos.
- **Titulação acadêmica mais elevada:** () especialista () mestrado () doutorado () pós-doutorado.
- **Tempo de Trabalho nesta organização hospitalar:** () até 2 anos () de 2 a 5 anos () de 5 a 10 anos () de 10 a 20 anos () mais de 20 anos.
- **Setor de atuação:** () gestão assistencial () gestão administrativa () outros Especificar _____
- **Função:** () Diretor Administrativo () Diretor Assistencial () Gerente Clínico () Gerente de Enfermagem () Gerente de RH () Gerente de Qualidade () Gerente de Tecnologia da Informação () Outros Especificar : _____

APÊNDICE C - ROTEIRO PARA ENTREVISTA – COORDENADORES DA REDE INOVARH

1. IDENTIFICAÇÃO DA ENTREVISTA:

1.1	Número da entrevista	
1.2	Organização Vinculada	
1.3	Local da Entrevista	
1.4	Data	
1.5	Hora Início	
1.6	Hora Final:	

2. CARACTERIZAÇÃO DO SUJEITO:

Sexo:

Profissão / Ocupação:

Tempo de formado:

Titulação acadêmica mais elevada:

Tempo no cargo /função:

Tempo de experiência nessa área:

Formação específica na área de administração, informação ou informática:

Contatos (e-mail, telefone, fax, celular):

3. PERGUNTAS:

- 1) Qual é o seu entendimento sobre a importância da Rede InovarH para os processos de aprendizagem e de gestão hospitalar no SUS?
- 2) No decorrer do seu trabalho como gestor da Rede, como você observou as práticas de compartilhamento de informações entre os integrantes da Rede?
- 3) Quais são as limitações para implantar e consolidar uma Rede desta natureza?
- 4) Quais são as possibilidades de sucesso de uma Rede desta natureza?
- 5) Em uma Rede Social deve haver uma governança. Qual é a sua sugestão para a composição de uma governança para uma Rede desta natureza?
- 6) Você compreende a Rede InovarH como um *locus* de um Sistema Local de Inovação?

APÊNDICE D - ROTEIRO PARA ENTREVISTA – INTEGRANTES DO SLI

1. IDENTIFICAÇÃO DA ENTREVISTA:

1.1	Número da entrevista	
1.2	Organização Vinculada	
1.3	Local da Entrevista	
1.4	Data	
1.5	Hora Início	
1.6	Hora Final:	

2. CARACTERIZAÇÃO DO SUJEITO:

Sexo:

Profissão / Ocupação:

Tempo de formado:

Titulação acadêmica mais elevada:

Tempo no cargo / função:

Tempo de experiência nessa área:

Formação específica na área de administração, informação ou informática:

Contatos (e-mail, telefone, fax, celular):

3. PERGUNTAS:

- 1) Para você o que significa Redes Sociais de Inovação e Aprendizagem em Gestão Hospitalar?
- 2) Você conhece a proposta da Rede InovarH?
Em caso afirmativo, qual é a sua opinião sobre uma Rede desta natureza para o SUS? Qual é a importância da Rede InovarH-BA para as atividades do SUS na Bahia?
Em caso negativo, qual a sua opinião sobre a atuação em rede dos hospitais para o fortalecimento do SUS?
- 3) Qual é o seu entendimento sobre a efetividade da atuação em rede dos hospitais na Bahia?
- 4) Na sua opinião, a estruturação do trabalho em rede propicia processos de aprendizagem organizacional? Em caso afirmativo, quais procedimentos você sugeriria para estimular o compartilhamento de boas práticas de gestão organizacional?
- 5) Quais são as limitações para implantar e consolidar uma Rede desta natureza?
- 6) Quais são as possibilidades de sucesso de uma Rede desta natureza?
- 7) Em uma Rede Social deve haver uma governança. Qual é a sua sugestão para a composição de uma governança para uma Rede desta natureza?
- 8) Você compreende uma rede desta natureza como um *locus* de um Sistema Local de Inovação?

APÊNDICE E - CARTA DE APRESENTAÇÃO

Salvador, xx de xxxxx de 2010.

Ao XXXXX.

Att. xxxxxxxx.

Ref.: Pesquisa acadêmica sobre **REDES SOCIAIS: RUMO À INOVAÇÃO, APRENDIZAGEM E CONHECIMENTO EM GESTÃO HOSPITALAR** - UM ESTUDO NA REDE INOVARH.

Prezado (a)Senhor (a),

Estamos realizando a pesquisa acadêmica supracitada junto a integrantes da Rede InovarH-BA e gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema Local de Inovação (SLI), com o objetivo de analisar as possibilidades e limitações da estruturação dos serviços de saúde, em particular os hospitais, como uma Rede Social de Inovação e Aprendizagem, a partir do estudo da Rede InovarH-BA. Justifica-se este estudo a partir da premissa de que, para efetivar a rede do SUS, defende-se que, antes mesmo de investir em toda uma infraestrutura telemática, a qualificação e a capacitação dos gestores e profissionais de saúde para o trabalho em rede é essencial.

Gostaríamos de esclarecer que os dados coletados serão analisados com a finalidade de atender aos requisitos acadêmicos para obter o título de doutor. Todas as respostas serão tratadas de forma **confidencial** e agregadas de maneira que nenhuma resposta individual possa ser identificada. A razão social e os dados cadastrais desses sujeitos entrevistados serão mantidos em **sigilo absoluto** em todas as publicações advindas dessa pesquisa.

Na entrevista, partimos de aportes políticos sobre sistema local de inovação (SLI) e do SUS e de conceitos definidos e fundamentados na literatura e na prática de autores renomados no âmbito nacional e internacional sobre processos de aprendizagem e redes sociais. A partir desses aportes, verificaremos o grau do referido alinhamento na prática.

As questões serão apresentadas de forma a obter uma resposta mais representativa da prática vivenciada na implementação de uma Rede Social desta natureza. Dessa forma, solicitamos um tempo médio de 30 minutos de V.S.^a, no qual será realizada a entrevista. Informamos que, para otimizarmos o tempo e a apreensão das respostas, estaremos usando a técnica da gravação eletrônica. Salientamos que a análise das respostas será relacionada a pontos de acordo com os objetivos e o referencial teórico e político da presente pesquisa.

Salientamos, ainda, que o Projeto de Pesquisa será registrado no Comitê de Ética em Pesquisa em Saúde e, em anexo, consta o “Termo de Consentimento Livre e Pré-esclarecido”, em duas vias, para que o entrevistado assine, devolvendo uma via ao pesquisador.

Sabemos que o tempo de V.S.^a é bastante escasso devido às suas atividades. Porém, **sua participação e sua contribuição para a nossa pesquisa são muito importantes.**

Colocamo-nos à disposição para os esclarecimentos que se façam necessários.

Antecipadamente, agradecemos muito.

Atenciosamente.

<p style="text-align: center;">Núbia Moura Ribeiro</p> <p>Doutora (UFRJ), Professora do Instituto Federal da Bahia (IFBA) e do Doutorado Multi-institucional e Multidisciplinar em Difusão do Conhecimento (DMMDC/FACED/UFBA). ORIENTADORA da Pesquisa. End.: Av. Miguel Calmon s/n, Campus do Canela. CEP.: 40.110-110, Salvador –Ba. Tel. (71) 9957.7171 – E-mail: nubia@ifba.edu.br</p>	<p style="text-align: center;">Francisco José Aragão Pedroza Cunha</p> <p>Doutorando em Difusão do Conhecimento (FACED/UFBA) End.: Av Paulo VI, 2114/1102, Pituba. CEP.: 41.810.001 Tel.: (71) 3353.3514 e 99689822. E-mail: fjapcunha@uol.com.br ou franciscopetroza@ufba.br</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

APÊNDICE F - TERMO DE ANUÊNCIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E PRÉ-ESCLARECIDO

A Pesquisa **REDES SOCIAIS: RUMO À INOVAÇÃO, APRENDIZAGEM E CONHECIMENTO EM GESTÃO HOSPITALAR**- UM ESTUDO NA REDE INOVARH.

Pesquisador Responsável: FRANCISCO JOSÉ ARAGÃO PEDROZA CUNHA.

Eu, _____, afirmo ter conhecimento dos procedimentos relacionados à pesquisa intitulada acima, cujo objetivo geral é analisar as possibilidades e limitações da estruturação dos serviços de saúde, em particular os hospitais, como uma Rede Social de Inovação e Aprendizagem, a partir do estudo da Rede InovarH-BA. Declaro, para fins de direito, que estou de acordo em participar, voluntária e gratuitamente, do referido estudo, participando de uma entrevista para a coleta de dados. Estou ciente de que serei interrogado sobre redes sociais de inovação e aprendizagem em gestão hospitalar. Estou ciente, também, de que será garantido absoluto sigilo sobre a minha identidade e que este estudo não reverterá em benefícios pessoais aos participantes, mas contribuirá para a ampliação do conhecimento em relação ao tema e ao fortalecimento do SUS.

_____, ____/____/____.

Assinatura do participante

Contato com o pesquisador:

Faculdade de Educação (FACED), Programa de Pós-graduação em Difusão do Conhecimento – Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Av. Miguel Calmon s/n, Campus do Canela. 40.110-110, Salvador –Ba.

Fone: (71) 3353.3514 (residencial) e 9968-9822.

APÊNDICE G - LISTAS DE EVENTOS PRESENCIAIS REDE INOVARH-BA

ITEM	SEMINÁRIO/WORKSHOP	REALIZAÇÃO
01	Seminário sobre Boas Práticas de Gestão Hospitalar	17/03/2006
02	Os Hospitais e a Nova Realidade do Financiamento da Assistência à Saúde	19/07/2006
03	Planejamento Estratégico em Serviços de Saúde	27/09/2006
04	Minicurso BSC	29/09/2006
05	Oficina de BSC e Indicadores de Avaliação	27/10/2006
06	Seminário de Gestão de "BENCHMARKING" em serviços de Saúde	24/11/2006
07	Oficina de Planejamento e Avaliação da Rede InovarH	21/12/2006
08	Práticas de Excelência da Gestão de Custo	10/04/2007
09	Os Desafios Estratégicos do Marketing no Setor de Saúde	27/04/2007
10	Rede InovarH realiza oficina sobre Indicadores de Avaliação Hospitalar	11/07/2007
11	Balanço de 6 meses Comissão Saúde	31/08/2007
12	Oficina de Consenso Indicadores De Mercado	26/11/2007
13	Oficina de Consenso Indicadores Administrativos E De Rh	27/11/2007
14	Oficina de Consenso Indicadores Hospitalares 1	28/11/2007
15	Oficina de Consenso Indicadores Hospitalares 2	29/11/2007
16	Oficina de Consenso Indicadores Financeiros	30/11/2007
17	Prontuário Eletrônico e o Direito do Paciente	22/02/2008
18	Administração Hospitalar: tempos de mudança, do artesanal ao gerenciamento profissional	24/04/2008
19	Aplicação do <i>Balanced Scored Card</i> na área hospitalar	11/07/2008
20	Ensino como instrumento de qualidade e eficiência na gestão da saúde	11/09/2008
21	Acreditação Hospitalar	25/09/2008
22	Acertos e desacertos na implantação do Prontuário Eletrônico	16/10/2008
23	I Seminário sobre Responsabilidade Social e Publicação do Balanço Social em Instituições de Saúde	27/11/2008
24	Seminário Logística Hospitalar	06/03/2009
25	Estratégias para o Reconhecimento de Propagandas Enganosas de Medicamentos	27/03/2009
26	Gestão do Corpo Clínico e Desempenho Hospitalar	24/04/2009
27	Normalização e Certificação: Contribuindo para a Competitividade Hospitalar	08/05/2009
28	Acreditação Hospitalar: Metodologia que garante a melhoria do desempenho da instituição	22/05/2009
29	Excelência em Gestão nas Organizações de Saúde	29/05/2009
30	Gestão da Informação na Saúde: Dinâmica nas Organizações do Conhecimento	19/06/2009
31	Workshop: A Moderna Administração Hospitalar	26 e 27/06/2009
32	A Internação Domiciliar como estratégia de desospitalização precoce – visão pública e privada	29/10/2009
33	5º Seminário em Gestão da Excelência em Instituições de Saúde (Edição Internacional)	06/11/2009
34	Gerenciamento de Risco como Ferramenta de Inovação em Gestão de Saúde	26/11/2009

ANEXO A
PORTARIA MINISTERIAL REDE INOVARH

Diário Oficial
Imprensa Nacional

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
BRASÍLIA -DF

Nº 145 – 31/07/06 – p.32
MINISTÉRIO DA SAÚDE
GABINETE DO SECRETARIO
PORTARIA Nº 1.773, DE 28 DE JULHO DE 2006

Dispõe sobre o apoio do Ministério da Saúde à Rede de Inovação e Aprendizagem em Gestão Hospitalar - Rede InovarH.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, INTERINO, no uso de suas atribuições, e

Considerando a necessidade de melhoria da qualidade da atenção prestada na rede de assistência médica hospitalar;

Considerando as expectativas dos gestores do Sistema Único de Saúde em contar com um consistente mecanismo de cooperação entre centros acadêmicos e hospitais vinculados a esse sistema, que promova ações voltadas para a qualificação da gestão institucional orientada para melhores padrões gerenciais nesses hospitais;

Considerando a dificuldade de comunicação entre os agentes de criação e reprodução de tecnologias e associadamente os obstáculos para aplicação, de modo sustentado e permanente, de inovações gerenciais no conjunto dos hospitais públicos;

Considerando que a atuação em rede e o uso da Internet são formas de diminuir essas limitações, interligando as instituições que compartilham a elaboração de novas propostas e fomentando a comunicação entre os atores presentes nas diferentes fases desses processos; e

Considerando a iniciativa conjunta do Ministério da Saúde e da Organização Pan-Americana da Saúde em incluir a Rede de Inovação e Aprendizagem em Gestão Hospitalar - Rede InovarH - no elenco das Redes Colaborativas integrantes do programa de cooperação técnica no Brasil, resolve:

Art. 1º A Rede InovarH contará com o apoio do Ministério da Saúde para promover e fortalecer a articulação e o intercâmbio entre centros acadêmicos e hospitais, mediante:

I - apoio à sua estruturação e funcionamento, visando consolidá-la como instância de parceria efetiva e permanente na gestão do SUS nas três esferas de governo; e

II - cooperação técnica e financeira às entidades integrantes da rede, fomentando o desenvolvimento e a disseminação de tecnologias, a implantação de inovações e a educação permanente na área de gestão hospitalar.

Art. 2º A coordenação do apoio técnico e financeiro aportado pelo Ministério da Saúde, nos termos do artigo 1º, será feita conjuntamente pelas Secretarias de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e de Atenção à Saúde, em cooperação com a Organização Pan-Americana da Saúde.

Parágrafo único. A concessão desse apoio poderá ser feita:

I - diretamente pelas citadas secretarias ministeriais ou mediante processos previstos em convênios com outros órgãos públicos; e

II - por intermédio da Organização Pan-Americana da Saúde, mediante planos de trabalho de acordos de cooperação com o Ministério da Saúde.

Art. 3º O Ministério da Saúde envidará esforços conjuntos com a Organização Pan-Americana da Saúde para a articulação da Rede InovarH no contexto dos países integrantes dessa Organização.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ AGENOR ÁLVARES DA SILVA

ANEXO B - TERMO DE ADESÃO

TERMO DE ADESÃO QUE ENTRE SI CELEBRAM A REDE DE INOVAÇÃO E APRENDIZAGEM EM GESTÃO HOSPITALAR (REDE INOVARH) POR INTERMÉDIO DA ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DA UFBA E

A Rede de Inovação e Aprendizagem em Gestão Hospitalar, por intermédio da Escola de Administração da Universidade Federal da Bahia, com sede, nesta capital, na Av. Reitor Miguel Calmon, s/n, sala 08 – térreo, Vale do Canela, CEP.: 41.110.903, criada pela Portaria no. 1773 de 28 de julho de 2006 Gabinete do Ministro da Saúde, publicada no Diário Oficial da União em 31 de julho de 2006 neste ato representada pela Prof. Dra. Vera Lúcia Peixoto Santos Mendes, portadora da carteira de identidade nº 1595337 43X neste Termo denominada representante da Rede InovarH - Bahia, a _____, com sede _____, _____, sito à Rua _____ CEP: _____, inscrita no CNPJ/MF sob o nº _____, neste Termo representada, pelo seu Diretor _____, portador de carteira de identidade nº _____, doravante denominado Representante da _____, firmam o presente **TERMO DE DE ADESÃO**, mediante as cláusulas e condições seguintes:

Considerando a iniciativa da Rede InovarH em constituir um espaço de compartilhamento de experiências inovadoras entre hospitais do Estado;

Considerando a atuação da Rede InovarH em difundir tecnologias de gestão e assistência hospitalar ;

Considerando o interesse da Rede InovarH em apoiar o desenvolvimento de projetos de educação permanente em Gestão Hospitalar;

Considerando o interesse da Rede InovarH em agregar parceiros para fortalecer a imagem institucional dos integrantes da Rede.

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

Constituem objeto do presente Termo de Adesão estabelecer as atribuições das partes signatárias na estruturação e fortalecimento da Governança da Rede InovarH.

CLÁUSULA SEGUNDA – DAS RESPONSABILIDADES

São responsabilidades da Rede InovarH:

- a. Fomentar a comunicação e a difusão de inovações gerenciais entre organizações prestadoras de serviços de saúde e sociedade civil no Estado da Bahia, fortalecendo vínculos necessários à melhoria contínua da qualidade e adoção de boas práticas de Gestão nos Serviços de Saúde;
- b. Desenvolver e implantar o *Site* e o Sistema de Informação Gerencial (SIG) da Rede InovarH; e Realizar atividades de Educação Permanente, em parceria com os participantes da Rede, objetivando o desenvolvimento de habilidades dos profissionais da área e de representantes da sociedade civil em gestão de Serviços de Saúde.

São responsabilidades da _____:

- a. Contribuir, a partir de ação conjunta, no fortalecimento da Governança da qual é responsável a Rede InovarH, no que concerne às suas competências
- b. Representar os interesses dos parceiros à Rede InovarH;
- c. Apoiar a Rede InovarH na obtenção de informação quantitativa e qualitativa de desempenho e impacto das atividades dos Hospitais e Serviços de Saúde, de acordo com o Plano de Coleta de Dados do conjunto de indicadores da Rede;
- d. Participar na divulgação das atividades e resultados da Rede InovarH entre os Hospitais e demais instituições da Rede InovarH, fomentando adesões e apoios;
- e. Realizar esforços junto às entidades públicas e privadas para obter recursos adicionais para o fortalecimento técnico e financeiro da Rede InovarH;
- f. Alimentar o portal da Rede InovarH no que se refere a Hospital associado;
- g. Nomear dois representantes legais junto a Rede InovarH.

PARÁGRAFO UNICO

A Rede InovarH_responsabilizar-se-á pelo cumprimento dos objetivos deste Termo de Adesão.

CLÁUSULA TERCEIRA– DA VIGÊNCIA

Este Termo de Compromisso vigora por tempo indeterminado, de acordo com a missão e visão da Rede InovarH e seu início dar-se-á a partir da data de sua assinatura.

CLÁUSULA QUARTA – DOS CASOS OMISSOS E DA RESOLUÇÃO DE CONFLITOS

As dúvidas, omissões e conflitos decorrentes da realização do presente Termo serão resolvidos administrativamente, pelas autoridades máximas que o celebram, por mútuo entendimento.

E, por estarem de acordo com as condições aqui estabelecidas, assinam o presente em duas (02) vias, de igual teor e forma, para que produza seus legais efeitos, perante as testemunhas abaixo, que também a subscrevem.

Salvador, __ de _____ de _____

(REDE INOVARH)

(XXXXXXXX)

TESTEMUNHAS: _____

CPF:

CPF:

ANEXO C - Parecer de Comitê de Ética em Pesquisa

Governo do Estado da Bahia
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia

Ofício nº.126/2010
Refer: devolução do Projeto

Salvador, 21 de dezembro de 2010.

Prezado Francisco José Aragão Pedroza Cunha

Estamos encaminhando para seu conhecimento o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da SESAB.

O Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da SESAB após apreciação quanto à dimensão ética do Projeto "Redes Sociais: Rumo à Inovação, Aprendizagem e Conhecimento em Gestão Hospitalar- um estudo da Rede INOVARH" considera que foram atendidos os esclarecimentos apontados pelos conselheiros. Deve-se ressaltar ainda o compromisso e responsabilidade dos pesquisadores envolvidos. Assim, este projeto de pesquisa contempla todos os aspectos exigidos na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sendo considerado aprovado.

Cordiais Saudações,


CARLOS ALBERTO LIMA DA SILVA
Coordenador do CEP-SESAB

EESP – Escola Estadual de Saúde Pública.
Rua Conselheiro Pedro Luís, Nº 171 – Rio Vermelho.
Tel: (71) 31165316