

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO
NÍVEL DOUTORADO**

ANE ISABEL LINDEN

**A CONTRIBUIÇÃO DA APRENDIZAGEM BASEADA EM PRÁTICAS PARA O
DESENVOLVIMENTO DAS CAPACIDADES DINÂMICAS**

São Leopoldo

2016

Ane Isabel Linden

A CONTRIBUIÇÃO DA APRENDIZAGEM BASEADA EM PRÁTICAS PARA O
DESENVOLVIMENTO DAS CAPACIDADES DINÂMICAS

Tese apresentada como requisito parcial
para obtenção do título de Doutor em
Administração pelo Programa de Pós-
Graduação em Administração da
Universidade do Vale do Rio dos Sinos -
UNISINOS

Orientador(a): Profa. Dra. Claudia Cristina Bitencourt

Co-orientador: prof. Dr. Vilmar Antonio G.Tondolo

São Leopoldo

2016

L744c Linden, Ane Isabel

A contribuição da aprendizagem baseada em práticas para o desenvolvimento das capacidades dinâmicas / por Ane Isabel Linden. -- 2016.

202 f. : il. ; color. ; 30cm.

Tese (Doutorado) -- Universidade do Vale do Rio dos Sinos - Unisinos. Programa de Pós-Graduação em Administração, São Leopoldo, RS, 2016.

Orientador: Profa. Dra. Claudia Cristina Bitencourt;
Coorientador: Prof. Dr. Vilmar Antonio G.Tondolo.

1. Administração de pessoal. 2. Capacidades dinâmicas. 3. Aprendizagem organizacional. 4. Desenvolvimento organizacional. 5. Gestão do conhecimento. 6. Hospital. I. Título. II. Bitencourt, Claudia Cristina. III. Tondolo, Vilmar Antonio G.

CDU 658.3

Ane Isabel Linden

A CONTRIBUIÇÃO DA APRENDIZAGEM BASEADA EM PRÁTICAS PARA O
DESENVOLVIMENTO DAS CAPACIDADES DINÂMICAS

Tese apresentada como requisito parcial
para a obtenção do título de Doutor, pelo
Programa de Pós-Graduação em
Administração da Universidade do Vale
do Rio dos Sinos - UNISINOS

Aprovado em 16 de junho de 2016.

BANCA EXAMINADORA

Claudia Cristina Bitencourt (orientadora) Universidade do Vale do Rio dos Sinos

Vilmar A.G. Tondolo (co-orientador) - Universidade Federal do Rio Grande

Mário José Batista Romão – ISEG- Universidade de Lisboa

Cristiane Drebes Pedron – Universidade Nove de Julho – São Paulo

Hugo Fridolino Muller Neto – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Yeda Swirski de Souza - Universidade do Vale do Rio dos Sinos

Rafael Teixeira - Universidade do Vale do Rio dos Sinos

Visto e permitida a impressão

São Leopoldo,

Prof^a. Dr^a. Claudia Cristina Bitencourt
Coordenadora PPG em Administração

Para os meus queridos pais e os
melhores professores que já tive:
Alípio e Wanda Linden

AGRADECIMENTOS

Celebro hoje um nascimento: nasceu uma tese, com todo o esforço, suor e lágrimas que, dizem, geralmente acompanham um parto; mas vem pleno também de satisfação e alegria, além de carinhoso agradecimento a tantos que estiveram comigo nestes cinquenta meses de gestação. (Como enfermeira, não poderia deixar de abordar este momento pelo olhar da saúde...).

Agradeço, em primeiro, Àquele que me dá toda a vida, a vontade, e a força: meu Pai Celeste. Também para aqueles que Ele me deu, ao longo da minha vida, e que me fortalecem a cada dia com tanto amor: minha família. Meus pais, que sempre me incentivaram a estudar e sacrifícios fizeram, para que eu aqui chegasse; mano e mana, porque vocês são meus exemplos e meu suporte, sempre presentes quando precisei; e os meus amores, os “filhos” que de meus irmãos e cunhados emprestei: meus sobrinhos e sobrinhas, vocês são meu tudo!

Especialmente grata sou pelo presente que recebi quando tomei a decisão de entrar para o programa de doutorado: a minha orientadora, prof. Claudia Bitencourt, excelente professora e pesquisadora, preocupada com a qualidade e seriedade no processo de produção científica. Mas, muito mais que orientadora, é uma pessoa maravilhosa e uma Amiga (com maiúsculo mesmo). Não tenho palavras suficientes para expressar o quanto te agradeço, por tudo.

Tenho muito a agradecer aos professores do PPG, pelas aulas e pelos desafios apresentados, pela contribuição na banca de qualificação e pela paciência que tiveram com uma *outsider* da área da saúde, aventurando-se no mundo da pesquisa em Administração. Ao prof. Vilmar Tondolo, que com sua bela tese sobre Capacidades Dinâmicas me inspirou a encarar o desafio de também abordar o tema. Ao prof. Hugo Muller Neto, pelo essencial apoio e pela compreensão no meu esforço de abraçar a Análise conjunta. A prof. Debora Azevedo, que com sua leitura crítica e cuidadosa, me ajudou a redefinir rumos a partir do ensaio teórico.

Aos professores Mario Maciel Caldeira e Mario Romão, do Instituto Superior de Economia e Gestão – ISEG, da Universidade de Lisboa, por terem me aceitado e apoiado no período de doutorado sanduíche em Portugal, e a Filomena Ferreira, um verdadeiro anjo na vida dos doutorandos, e que se tornou uma querida amiga.

A CAPES pelo apoio financeiro no período do sanduíche e no desenvolvimento do projeto de pesquisa.

Aos meus colegas de doutorado da turma 2012, que contribuíram muito para este resultado, e que deixam saudades, nestes quatro anos tão ricos em estudo, e plenos em amizade.

E aos meus queridos amigos e amigas, compadres e comadres de música, pizza e vinho, obrigada por me esperarem, estou voltando! !

Finalmente, não posso deixar de agradecer aos profissionais das equipes do Hospital que participaram da minha tese e abriram sua “casa” para a coleta da pesquisa, bem como às chefias que prontamente aceitaram minha proposta. Compartilho com vocês os esforços para uma assistência à saúde com mais qualidade e segurança.

Peça a Deus que abençoe os seus planos e eles darão certo.

Pv 16:3

RESUMO

A abordagem das Capacidades Dinâmicas (CD) tem recebido grande atenção por parte de pesquisadores, como importante referencial de estudos teóricos e empíricos no campo de estratégia. Porém, algumas lacunas persistem, em especial em relação à sua visibilidade e operacionalização no campo empírico. A tese tem o objetivo de analisar a contribuição da Aprendizagem Baseada em Práticas (ABP) para o desenvolvimento das Capacidades Dinâmicas, no contexto de organizações de saúde. Para atender este objetivo, foi realizado um estudo de caso do tipo interpretativo em uma organização hospitalar do sul do Brasil. A pesquisa foi desenvolvida em 3 fases, com uso de diferentes técnicas de coleta de dados: 19 entrevistas, 2 grupos focais, *shadowing* com 4 participantes e Análise conjunta com 15 participantes. A abordagem de pesquisa qualitativa exploratória (primeira fase) proporcionou a análise da multiplicidade de saberes das práticas cotidianas dos diferentes atores na organização. A partir deste primeiro olhar para dentro das práticas, foram identificados os microprocessos organizacionais. A abordagem analítica qualitativa (segunda fase) teve como propósito sintetizar e também validar os principais achados, os saberes das práticas (microprocessos), tendo em vista a importância que esses exercem no atendimento ao paciente e na visibilidade que essas práticas conferem em termos de percepção de valor do paciente em relação ao Hospital, portanto tratam-se de “práticas estratégicas”. O estudo de cunho descritivo (terceira fase), possibilitou a descrição do fenômeno dentro de um contexto realista, para que, a partir da análise dessas práticas estratégicas, os participantes pudessem identificar as capacidades e os eixos prioritários de investimento. No contexto desta tese, as CD de maior relevância identificadas foram a Qualidade e segurança, a Prevenção dos eventos adversos e a Aprendizagem, sendo que a dimensão Qualidade e segurança assumiu a maior importância para os participantes. Associados a essas CD, vários dos microprocessos elencados nas fases anteriores foram (re)alinhados, como sendo elementos fundamentais para desenvolver as capacidades. O argumento desta tese, apresentado em um *framework*, é que os microprocessos, oriundos dos saberes construídos nas práticas, são os elementos fundamentais para o desenvolvimento e visibilidade das CD e representam, portanto, um novo olhar que permite identificar e entender os microfundamentos. Contudo, essa construção das CD e seus respectivos

microfundamentos somente fazem sentido em organizações cuja a prática tem caráter estratégico. Em outras palavras, quando o cliente percebe valor a partir das ações/rotinas oriundas dos saberes da prática, como é caso do segmento de serviços, e mais especificamente, para esse estudo, o setor de cirurgia do Hospital.

Palavras-chave: Capacidades Dinâmicas. Aprendizagem Baseada em Práticas. Hospitais.

ABSTRACT

Dynamic capabilities (DC) approach has been receiving massive attention from researchers, addressing theoretical and empirical studies. Nevertheless, some gaps still remain, in particular concerning its visibility and operationalization in practical field. The dissertation has the purpose of analysing the contribution of Practice Based Learning to Dynamic Capabilities development, in the context of health care organizations. In order to achieve the objective, we develop an interpretative case study, which was held in a Brazilian hospital. We collected data by interviews, focus groups, shadowing and conjoint analysis. The study was operationalized in three stages, using different techniques: 19 interviews, 2 focus groups, shadowing with 4 participants and Conjoint analysis with 15 participants. An exploratory qualitative study was developed (first stage), in order to analyze the multiplicity of practices and learning processes; an analytical qualitative study (second stage), in order to summarize and to validate the main results; and, a descriptive quantitative study (third stage), in order to describe the phenomenon in a realistic context. To make the research possible we draw up the strategic practices and microprocesses, so that the managers would be allowed to identify priority capabilities and processes to invest. It was found that the more relevant dynamic capabilities, in the context of this dissertation, are Quality and safety, Adverse Events prevention and Learning. In addition, the dimension Quality and safety was found to be the most important for the participants. Some of the organizational microprocesses, that arose from research stages, were re-aligned as the main elements to develop DC. The core argument of this dissertation, portrayed in a framework, is that the microprocesses, originated from knowing in practice, are the main elements to the DC development and visibility and enact a new lens, that allow to understand the DC microfoundations. However, this logic and arguments make sense only in organizations whose practices are strategic, and are perceived by the clients, and specifically, in the case of this study, in a hospital surgical unit.

Key-words: Dynamic capabilities. Practice Based Learning. Hospital.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Primeiros enfoques acerca de Aprendizagem Organizacional (AO).....	27
Quadro 2 Perspectivas do campo de estudos de prática	31
Quadro 3 Cronologia dos estudos acerca de Capacidades Dinâmicas.....	37
Quadro 4 Aprendizagem e Capacidades Dinâmicas: associações na literatura	56
Quadro 5 Apresentação dos objetivos, pressupostos de pesquisa e principais autores pesquisados	68
Quadro 6 Participantes da fase exploratória	84
Quadro 7 Participantes da Fase Analítica	88
Quadro 8 Objetivos de aplicação da técnica de AC	90
Quadro 9 Aplicação da Análise Conjunta	92
Quadro 10 O projeto da Análise Conjunta da tese	95
Quadro 11 Resumo da operacionalização da pesquisa	96
Quadro 12 Roteiro de entrevistas e do grupo focal	101
Quadro 13 Roteiro de observação das práticas da equipe - <i>shadowing</i>	102
Quadro 14 Categorias e subcategorias de análise.....	104
Quadro 15 Categorias de análise, nós e os microprocessos	126
Quadro 16 Categorias de análise, nós e os microprocessos	140
Quadro 17 Capacidades e elementos fundamentais para investimento nos serviços cirúrgicos – resultados da leitura e validação.....	143
Quadro 18 Resultados da AC- ordenação dos cartões	145

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Análise estatística dos resultados	146
Tabela 2 Teste de diferenças de médias por função do respondente.....	154

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Capacidades Dinâmicas e seus microfundamentos.....	43
Figura 2 Processos, antecedentes e resultados das CD.....	50
Figura 3 Conectando Gestão do Conhecimento e Capacidades Dinâmicas.....	54
Figura 4 Desenho da pesquisa.....	70
Figura 5 Mapa de frequência de palavras- Iniciativas de aprendizagem da organização.....	128
Figura 6 Capacidades e elementos fundamentais para investimento nos serviços cirúrgicos – resultados do grupo focal.....	142
Figura 7 Representação gráfica das importâncias relativas das dimensões pesquisadas.....	148
Figura 8 Representação gráfica das utilidades da dimensão Qualidade e segurança na assistência.....	149
Figura 9 Representação gráfica das utilidades da dimensão Prevenção de Eventos Adversos.....	151
Figura 10 Representação gráfica das utilidades da dimensão Aprendizagem.....	153
Figura 11 <i>Framework</i> da pesquisa.....	156

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
1.2 CONTEXTO DA TESE E JUSTIFICATIVA.....	22
2 REFERENCIAL TEÓRICO	26
2.1 APRENDIZAGEM ORGANIZACIONAL E A VERTENTE DA APRENDIZAGEM BASEADA EM PRÁTICAS.....	26
2.1.1 Breve histórico da Aprendizagem Organizacional	26
2.1.2 Aprendizagem baseada em Práticas (ABP).....	29
2.2 CAPACIDADES DINÂMICAS.....	36
2.2.1 Principais definições.....	36
2.2.2 Os elementos constituintes das CD	39
2.2.3 Os resultados das Capacidades Dinâmicas e o papel dos gestores.....	45
2.2.4 O campo de estudo das Capacidades Dinâmicas – direções	49
2.3 A APROXIMAÇÃO ENTRE OS DOIS CONCEITOS: APRENDIZAGEM BASEADA EM PRÁTICAS E CAPACIDADES DINÂMICAS	51
2.3.1 Buscando a aproximação dos conceitos em publicações	57
2.3.1.1 Aprendizagem Baseada em Práticas e as Capacidades Dinâmicas: Aprendizagem experiencial individual?	58
2.3.1.2 Aprendizagem Baseada em Práticas e as Capacidades Dinâmicas: O foco na atividade humana	61
2.3.1.3 Aprendizagem Baseada em Práticas e as Capacidades Dinâmicas: Conhecimento tácito como diferencial.....	62
2.3.1.4 Aprendizagem Baseada em Práticas e as Capacidades Dinâmicas: críticas e construções	64
2.3.1.5 Limitações, desafios e possibilidades na aproximação dos conceitos	65
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	69
3.1 SELEÇÃO DO CASO.....	73
3.2 FASE EXPLORATÓRIA QUALITATIVA.....	78
3.2.1 Participantes da pesquisa e coleta de dados	78
3.2.2 Análise dos dados da fase exploratória qualitativa	85
3.3 FASE ANALÍTICA QUALITATIVA.....	87
3.3.1 Participantes e coleta de dados	87
3.3.2 Análise dos dados da fase analítica qualitativa	88

3.4 FASE DESCRITIVA QUANTITATIVA	89
3.4.1 Participantes da pesquisa e coleta de dados	89
3.4.2 Análise dos dados na fase descritiva quantitativa.....	94
3.5 CRITÉRIOS DE QUALIDADE E VALIDADE DA PESQUISA	98
4 ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	101
4.1 FASE EXPLORATÓRIA E AS CATEGORIAS DE ANÁLISE GERADAS	101
4.2 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS DA FASE EXPLORATÓRIA	105
4.2.1 Capacidades dinâmicas – o <i>sensing</i>.....	105
4.2.1.1 Detectar problemas na infraestrutura e nos cenários de trabalho que impactam na assistência	106
4.2.1.2 Identificar falta de aderência às rotinas e aos protocolos seguros.....	110
4.2.1.3 Reconhecer os riscos da alta demanda de trabalho	113
4.2.2 Capacidades dinâmicas – o <i>seizing</i>.....	114
4.2.2.1 Planejar, avaliar e participar da aquisição e manutenção de equipamentos	115
4.2.2.2 Aproveitar atividades geradoras de valor, relacionadas ao movimento da acreditação e ao controle de eventos adversos	116
4.2.2.3 Aprimorar habilidades de liderança e de supervisão das equipes.....	120
4.2.3 Capacidades dinâmicas – o <i>transforming</i>.....	122
4.2.3.1 Redesenhar as atividades de educação continuada, considerando as necessidades do cotidiano e a participação das equipes.....	123
4.2.3.2 Integrar as equipes multidisciplinares, favorecendo a troca de conhecimentos e o trabalho em equipe.....	125
4.2.4 Aprendizagem baseada em Práticas	127
4.2.4.1 Iniciativas de aprendizagem propostas pela organização	127
4.2.4.2 Como realmente aprendo.....	130
4.2.4.3 Como os novos ingressantes aprendem	135
4.2.4.4 Como aprendo sobre os eventos adversos (EA).....	137
4.3 DA FASE EXPLORATÓRIA PARA A ANALÍTICA – RESULTADOS E ANÁLISE	141
4.4 FASE DESCRITIVA – RESULTADOS E ANÁLISE	145
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	158
5.1 CONTRIBUIÇÕES DA PESQUISA	158

5.2 LIMITAÇÕES DA PESQUISA.....	165
5.3 DIRECIONAMENTOS PARA PESQUISAS FUTURAS.....	166
REFERÊNCIAS.....	167
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ENTREVISTA E GRUPO FOCAL.....	190
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE (SHADOWING)	192
APÊNDICE C - PROTOCOLO DE ESTUDO DE CASO.....	194
APÊNDICE D – ROTEIROS DAS QUESTÕES NORTEADORAS PARA COLETA DE DADOS	195
APÊNDICE E - SÍNTESE DOS ELEMENTOS ELENCADOS NA FASE EXPLORATORIA (MICROPROCESSOS).....	197
APÊNDICE F – QUADRO SÍNTESE ELABORADO A PARTIR DA DISCUSSÃO NO GRUPO FOCAL E VALIDAÇÃO	199
APÊNDICE G – CARTÕES PARA ANÁLISE CONJUNTA.....	200

1 INTRODUÇÃO

No campo da administração estratégica, diversos paradigmas procuraram explicar as diferenças entre as organizações, e a origem da vantagem competitiva. Dentre eles, dois são os principais, e recebem destaque: o paradigma industrial e o baseado em recursos internos da firma. No paradigma industrial, a explicação estava no modelo estrutura-conduta-desempenho (modelo ECD) de Edward Mason e Joe Bain, que atribuía a viabilidade e sucesso das organizações à estrutura da indústria e à estratégia escolhida pelas firmas (VASCONCELOS; CYRINO, 2000), ou estava no seu posicionamento dentro da estrutura industrial. (PORTER, 1986). Já no paradigma da Visão Baseada em Recursos (ou *Resource-based View* - RBV), baseado em diversas construções (PENROSE, 2006; WERNERFELT, 1984; BARNEY, 1991; 2001) a explicação residia nas características internas da organização, seus recursos e capacidades.

Entretanto, olhar para dentro da organização, para o desenvolvimento de suas competências, não era suficiente para explicar as diferenças de desempenho entre firmas. A perspectiva das **Capacidades Dinâmicas (CD)** emergiu, neste contexto, sendo o termo primeiramente cunhado por Teece em 1990, elaborado em maior detalhamento num *working paper* de Teece e Pisano, em 1994, e publicado, posteriormente, por Teece, Pisano e Shuen (1997). Neste artigo, considerado seminal, os autores definem CD como a “habilidade das firmas em integrar, construir e reconfigurar capacidades internas e externas para responder rapidamente aos ambientes em mudança”. (TEECE; PISANO; SHUEN, 1997, p. 516).

A publicação de Teece, Pisano e Shuen, de 1997, é considerada uma das mais influentes, no campo de estratégia, nos estudos em administração nos anos 90, e até hoje recebe atenção e diversificadas análises e interpretações. Esta área de pesquisa é promissora e rica em estudos teóricos e empíricos, e um artigo de revisão, elaborado por Zaidi e Othman (2012), ao retomar os principais conceitos e questionamentos acerca das CD, reforça que a discussão ainda é atual e emergente. Mais recentemente, Pitelis e Teece (2016) reforçam que as CD são fundamentais para a organização obter eficiência dinâmica ou ajuste evolucionário – o que chamam de “fazer as coisas certas” - e não apenas eficiência técnica, ou “fazer certo as coisas”. (PITELIS; TEECE, 2016, p.21).

Eisenhardt e Martin (2000) estendem a definição original para também abranger efetivamente a configuração do ambiente e mercado, destacando que as CD são processos organizacionais e a habilidade em fazer contínuos ajustes na alocação de recursos e na construção de um novo pensamento na organização. Esta construção, embora possa ter elementos idiossincráticos e dependentes das escolhas prévias da organização, pode conter traços comuns entre as capacidades, que representam a “melhor forma” de executar uma determinada capacidade dinâmica. (MAZZA, 2013).

É relevante destacar que as CD não representam um mero recurso, segundo Schreyogg e Kliesch-Eberl (2007), mas são **processos complexos em construção nos diferentes níveis e contextos organizacionais**. Esta visão, chamada de *inside-out*, diferente do determinismo Porteriano, considera as influências do ambiente externo, mas destaca também o papel idiossincrático e difícil de imitar dos atributos e recursos e a ligação que estabelecem entre características endógenas da organização e seu desempenho competitivo.

Percebe-se que a arena teórica das CD está sendo construída socialmente, com base em diferentes áreas de conhecimento, e tem recebido a contribuição de muitos autores. (PETERAF; DI STEFANO; VERONA, 2013). Porém, o impulso inicial foi determinado basicamente sob a influência das publicações dos autores citados anteriormente: Eisenhardt e Martin (2000) e Teece, Pisano e Shuen (1997). Como campo em construção, encontra-se ainda em sua infância, predominando em sua maioria o foco conceitual e voltado para compreensão de seus fundamentos. (HELFAT; PETERAF, 2009).

Uma das críticas às CD está na falta de consenso na base teórica e pouco avanço no campo empírico (EASTERBY-SMITH; LYLES; PETERAF, 2009), sendo considerada uma teoria em desenvolvimento e que não define, claramente, seus domínios de relevância. (AMBROSINI; BOWMAN, 2009). Cabe destacar que as CD são consideradas essenciais, segundo Davies, Dodgson e Gann (2016), para projetos complexos e que envolvam riscos; entretanto, estes autores sinalizam para a persistente fragilidade das mesmas no campo empírico. Há uma percepção de que algo ainda está faltando no estudo das CD: como operacionalizá-las? (BARRETO, 2010; HELFAT; WINTER, 2011; PETERAF; DI STEFANO; VERONA, 2013). Zollo e Winter (2002) estabelecem uma lacuna em relação à visibilidade das CD: sabe-se o que elas são, mas não se sabe como as organizações as desenvolvem.

David Teece, um dos autores considerados seminais na vertente das CD, publica em 2007 uma versão mais didática do constructo, explicando com um *framework* que as organizações necessitam de 3 capacidades que compõe as CD: *sensing* (ou atividades que envolvam a percepção e identificação de problemas e ameaças), *seizing* (atividades que contemplem o aproveitamento de oportunidades de mudança) e *transforming* (transformação, ou remodelação de recursos e processos), as quais são sustentadas pelos chamados microfundamentos. Estes, por sua vez, são compostos, segundo Teece (2007), por diversos processos da organização, como, por exemplo, os de pesquisa e desenvolvimento (no caso do *sensing*), de construção da lealdade dos clientes (*seizing*) e de realinhamento dos ativos da organização e aprendizagem (*transforming*).

Porém, o mesmo autor ressalta que o sucesso em pesquisa e desenvolvimento, a adoção das melhores práticas e a entrega de produtos e serviços de qualidade não são suficientes para o melhor desempenho e reconhecimento da organização. Ainda, este *framework* inclui um grande número de elementos, dificultando sua operacionalização no campo empírico. (AMBROSINI; BOWMAN, 2009).

As CD dão ênfase aos **processos internos da organização** (TEECE; PISANO; SHUEN, 2002), como eles são dispostos, reorganizados e como evoluem ao longo da história, das escolhas estratégicas e dos posicionamentos. Também dentro desta lógica, Pelaez et al (2008) propõem um referencial de análise que conta com três elementos explicativos da vantagem competitiva obtida pela firma: a posição, os caminhos e os processos organizacionais, e **destacam os processos intersubjetivos e a rede de relações** como importantes para o desenvolvimento das capacidades.

Reside, nestes argumentos, a relevância de trazer à luz os **microprocessos dentro das organizações**, ou seja, os “*small steps*” (VERA; SALGE, 2011, p.4), as ações cotidianas, acompanhadas da produção de saberes mediados por uma rede de relações e interações, compondo inovações que são significativas, únicas e distintas. Originados da estreita relação entre fazer, aprender e inovar no cotidiano (BROWN; DUGUID, 1991), estes microprocessos possibilitam mudanças incrementais e até radicais nos serviços, provendo respostas a problemas e necessidades dos clientes e reagindo à demandas e desafios do ambiente. Esta é a lógica da **Aprendizagem Baseada em Práticas** (ABP), cujo foco são as práticas

cotidianas, ou os microprocessos, imbricados nas práticas contínuas dos atores em um sistema social. (GHERARDI, 2005).

Desta ideia, surge o propósito de compreender questões relacionadas à aprendizagem que acontece no contexto das organizações e a contribuição desta para a capacidade da organização reinventar-se e de inovar. Esta tese procurou, então, empreender uma aproximação de duas vertentes teóricas, a da Aprendizagem Baseada em Práticas (ABP) e das Capacidades Dinâmicas (CD), considerando-se o contexto empírico das organizações de saúde – os hospitais.

Neste contexto, um *working paper* (VERA; SALGE, 2011) e os dois artigos subsequentes de Salge e Vera (2012, 2013), que apresentavam os dados de um estudo longitudinal sobre Aprendizagem Baseada em Práticas (ABP) realizado no Reino Unido, e a relação com as Capacidades Dinâmicas (CD) em organizações de saúde, foram importantes gatilhos. A leitura destas publicações permitiu visualizar, embora de forma incipiente, uma relação entre as iniciativas em curso do Ministério da Saúde, acerca dos programas de Educação Permanente em Saúde, e a perspectiva da Aprendizagem Baseada em Práticas (ABP). Além disso, instigou o interesse por entender as Capacidades Dinâmicas das organizações e sua relação com inovação e qualidade nas organizações de saúde.

As publicações mencionadas, de Vera e Salge (2011), tem a seguinte premissa: a ABP é o motor propulsor dos processos de adaptação organizacional e inovação (AMBROSINI; BOWMAN; COLLIER, 2009), um fenômeno duradouro e que, por considerar o saber tácito, se constrói nas atividades cotidianas, no fazer, usar e interagir. (JENSEN et al, 2007).

É relevante, também, destacar que, ao questionar como os processos internos das organizações podem ser traduzidos em CD, algumas pesquisas negligenciam os aspectos relacionados aos processos humanísticos, como os relacionamentos, afeto, motivações, ideologias e emoções, segundo Wooten e Crane (2004). Para as autoras, é de certa forma irônico o fato de que, no esforço de entender as contribuições do capital humano para as CD, o aspecto humanístico seja minimizado – “Embora desejadas, as CD são compreendidas de modo imperfeito; são presumidas como originando-se do capital humano, de forma causalmente ambígua e socialmente complexa”. (WOOTEN; CRANE, 2004, p.848).

De acordo com esta lógica está o artigo de Hodgkinson e Healey (2011), ao trazer novos *insights* para as origens e desenvolvimento das capacidades,

argumentando que dar atenção apenas aos aspectos racionais é uma forma de miopia, que enfraquece a visão das CD. Associar a intuição, que os autores chamam de *reflexive*, à razão, ou *reflective*, agrega valor, pois congrega elementos emocionais na construção, no caso de organizações de saúde, de uma “cultura do cuidado”. (HODGKINSON; HEALEY, 2011, p.1505). Estes seriam (micro)fundamentos psicológicos alternativos para as capacidades discriminadas por Teece (2007): *sensing, seizing e transforming*, que seriam mais efetivos apoiando-se na intuição e a estética do que dependendo somente de abordagens analíticas. A noção de estética, inserida no contexto das organizações, representa para Strati (1996; 2007) o conhecimento sensível, que implica o uso dos sentidos e do julgamento sensitivo-estético nas ações, considerando as emoções e interações entre os indivíduos na organização, sendo um recurso valioso para a apreensão e compreensão de fenômenos organizacionais. (WOOD JR; CSILLAG, 2001).

Ou ainda, como argumenta Bispo (2013), é importante compreender a aprendizagem para além da ótica utilitarista, com o fim último de resolver problemas e apontar soluções, mas que tem sua origem também na motivação do ser humano por aprender, descobrir e criar, na sede por conhecimento e novidade, pois não levar em conta “as emoções e os desejos dos outros na organização é uma forma míope de entender o processo de aprendizagem e a geração e transmissão de conhecimento”. (BISPO, 2013, p.153).

A lógica processual também permeia a perspectiva das CD, das quais 3 dimensões permitem às organizações adaptar, integrar e reconfigurar seus recursos e capacidades: as posições, as trajetórias e os processos, além de subdimensões, que são a reconfiguração e a aprendizagem. (TONDOLO, 2011). A abordagem das CD dá ênfase aos processos internos que a organização utiliza, assim como a forma como são dispostos e como evoluem em um ambiente de mudanças. (TEECE; PISANO; SHUEN, 2002). Nesta lógica, a aprendizagem é um processo chave, do qual emergem as adaptações, reconfigurações e rotinas de inovação. É relevante, portanto, analisar a dinâmica destes processos internos, que constituem os fatores contribuintes para as 3 dimensões postuladas por Teece (2007) e representam as fundações do ajuste evolucionário da organização: *sensing, seizing e transforming*.

Como forma de dar maior clareza à análise, Teece (2007) discrimina mecanismos específicos por meio dos quais as CD operam, mas todos em uma ótica racional, considerando-se a aprendizagem dentro de um viés funcionalista. Da

mesma forma, Helfat e Peteraf (2015) enfatizam as bases cognitivas das CD, apresentando o conceito de capacidade cognitiva gerencial, baseada em mapas mentais ou estruturas mentais como sendo a base para as CD. Mas os **processos e ferramentas racionais e cognitivos, que partem da estratégia**, embora importantes componentes das CD, **não são suficientes em dar conta da dinâmica e complexa vida organizacional** e, conseqüentemente, explicar a adaptação e renovação das capacidades. (HODGKINSON; HEALEY, 2011).

Já a aprendizagem, vista pela lógica da ABP, cujo foco são os **microprocessos, que partem da base operacional**, é entendida como um fenômeno dinâmico, em fluxo, o que Gherardi (2001) chama de *learning-in-organizing*, sendo o conhecimento construído e reconstruído constantemente pelas práticas, nas interações coletivas, de forma processual, considerando-se interação, subjetividade e compartilhamento de significados. (GHERARDI, 2001).

O argumento central, entretanto, não é a mera aproximação entre as duas vertentes teóricas, e sim, analisar como a ABP contribui para as CD, dentro do contexto empírico de organizações de saúde. Com este intuito, propõe-se a seguinte questão de pesquisa: **Como a Aprendizagem baseada em práticas contribui para o desenvolvimento e visibilidade das Capacidades Dinâmicas no contexto da saúde?**

O objetivo geral da tese é “Analisar as contribuições da Aprendizagem baseada em práticas para o desenvolvimento e visibilidade das Capacidades Dinâmicas no contexto das organizações de saúde.” A tese também visa, de forma específica:

- a. Identificar e descrever os processos de aprendizagem que acontecem no desenvolvimento das práticas de trabalho;
- b. Conhecer a percepção de diferentes atores acerca das situações de aprendizagem baseada em práticas da organização;
- c. Identificar os microprocessos embricados nas atividades relativas a investigação de potenciais ameaças e oportunidades (*sensing*), apropriação das possibilidades de mudança (*seizing*) e remodelação e transformação de processos e recursos (*transforming*);
- d. Elencar os microprocessos mais significativos para o desenvolvimento das CD da organização.

1.2 CONTEXTO DA TESE E JUSTIFICATIVA

A tese tem como contexto empírico os hospitais, considerados organizações complexas e elementos essenciais na rede de assistência à saúde. Esta assistência é, hoje, um tema crítico em todo o mundo e a elevada disparidade entre demanda e oferta de serviços tem colocado as organizações de saúde em evidência. (RIBEIRO, 2009). A assistência à saúde, no Brasil, é composta por diversificados espaços de atendimento, sendo cadastrados 287.993 estabelecimentos, incluindo hospitais, centros de saúde, clínicas, centros especializados, dentre outros. Destes, 6.630 são hospitais, caracterizados como hospital especializado (1.029), hospital geral (5.106) hospital dia (925) e hospitais de ensino (298), segundo dados de 2016. (www.cnes.datasus.gov.br).

Financiados por recursos públicos, recursos privados, ou por uma combinação de diferentes fontes de financiamento, os serviços de saúde recebem importante reconhecimento e pressão social (CALVO, 2002; FEUERWERKER; CECÍLIO, 2007) e, segundo Gadelha et al (2013), representam um espaço econômico interdependente e complexo, com uma dinâmica própria de produção e de inovação e alto interesse estratégico para a sociedade, detendo elevado potencial de geração de conhecimentos e tecnologias. Os hospitais, dentro da rede de assistência à saúde, são elementos considerados estratégicos e de grande complexidade gerencial, seja pela capacidade de atendimento dinâmica e sujeita a sazonalidades econômicas, sociais, políticas e humanas, seja pela presença de profissionais de diferentes formações e especializações, com distintos níveis de poder e autonomia, detendo um certo controle sobre seu próprio trabalho. (MINTZBERG; LAMPEL; GOSHAL, 2006). Ainda, são organizações que concentram, em uma mesma estrutura física e gerencial, diferenciados serviços de apoio, como o de engenharia, compras, lavanderia, de nutrição, dentre outros.

Plenos em paradoxos (SHORTELL, 2009), os hospitais são considerados por Mintzberg (2003) como burocracias profissionais, de estruturas descentralizadas vertical e horizontalmente, sendo organizações intensivas em conhecimento. (GONÇALO; BORGES, 2010). Dentre os vários tipos de hospitais, os hospitais de ensino são componentes essenciais no sistema de saúde brasileiro, responsáveis por fornecer atenção à saúde, proporcionar campo de formação e de prática para equipes multiprofissionais e desenvolver pesquisas, de forma integrada e eficiente

(CALDAS, 2008), o que repercute na qualidade do cuidado à saúde oferecido à população, bem como na qualidade dos profissionais formados, na inovação e no desenvolvimento de tecnologias. (BARATA; MENDES; BITTAR, 2010).

Na prestação de assistência à saúde, em especial nos hospitais, um dos grandes desafios está em gerenciar os custos elevados, visando eficiência econômica, lidando com a competitividade crescente e demanda por inovações, tanto em tecnologias como em processos de trabalho. Christensen, Grossman e Hwang (2009) apontam para mudanças disruptivas na área da saúde, que rompem com o status atual, e para a necessidade de um sistema de saúde competitivo e inovativo.

Em relação à inovação e ao desempenho de organizações de saúde, geralmente são destaque as inovações tecnológicas, descobertas clínicas e farmacêuticas. Porém, e quanto àquelas inovações oriundas dos processos cotidianos de cuidado dos pacientes? A atuação proativa das organizações de saúde, voltada para a aprendizagem contínua e capacitação tecnológica, alinhada com as necessidades de saúde da população, traz, em última análise, benefícios para o cliente final, o paciente. (BARBOSA, 2009). É relevante destacar, ainda, que a inovação tecnológica e o aumento da complexidade da assistência inserem, na lógica deste cuidado ao cliente, uma crescente preocupação com a segurança do mesmo e a gestão de riscos, que adquire importância estratégica para todos os atores da cadeia assistencial da saúde. (HELMCHEN; RICHARDS; MCDONALD, 2011).

Por serem consideradas organizações complexas, com uma área administrativa semelhante à de empresas de produtos e serviços, e também uma área médica-assistencial, necessitam de estratégias gerenciais que permitam processos mais dinâmicos em busca de soluções e flexíveis às incertezas. A complexidade da assistência à saúde, entretanto, não reside apenas em questões gerenciais e econômicas, mas também na multiplicidade de práticas produzidas e reproduzidas diariamente por diferentes atores nas organizações. Estas **práticas são formadas por microprocessos cotidianos de aprendizagem** que, em sendo reproduzidos e renovados, podem gerar melhorias incorporadas às rotinas organizacionais, e percebidas pelos clientes finais - os pacientes.

Práticas de gestão inovadoras, que buscam elementos catalisadores de mudanças, podem alavancar as CD da organização, a saber, a habilidade da

mesma em alcançar novas e inovadoras formas de obter vantagem competitiva. E a vantagem competitiva é aqui vista não como a busca por uma posição favorável por lucratividade e sustentabilidade na competição por mercado em empresas de produtos (JACQUES, 2002), mas a possibilidade de oferecer melhores práticas assistenciais para a população, otimização no aproveitamento de recursos públicos, qualidade no cuidado e maior segurança no gerenciamento de riscos, e dentro de uma perspectiva ambiental sustentável.

Os hospitais devem, necessariamente, gerar valor para seus clientes. E este valor não se traduz apenas pela inovação tecnológica, trazida pela aprendizagem baseada na ciência, como no caso das pesquisas clínicas e criação de protocolos de cuidado. A assistência à saúde é multifacetada, e por isso o conhecimento trazido das experiências práticas de cuidado aos pacientes e as novas ideias que emergem das atividades diárias são essenciais para permitir que os hospitais reconfigurem seus processos de forma a melhor responder às rápidas mudanças.

A perspectiva das Capacidades Dinâmicas pode significar uma resposta a estes múltiplos desafios, em um ambiente com mudanças constantes e que requer respostas estratégicas, recursos valiosos e capacidades que permitam às organizações reinventar-se. Estudos prévios mostram que as CD estão intimamente relacionadas com adaptação e inovação das organizações (VERONA; RAVASI, 2003; MAZZA, 2013). A composição do termo já apresenta a ênfase desta perspectiva teórica: o termo dinâmicas se refere às constantes mudanças do ambiente, o que demanda respostas rápidas e efetivas; e o termo capacidades relaciona-se aos requisitos para lidar com este ambiente mutável, por meio de adaptação, integração e reconfiguração de habilidades, recursos e competências internas e externas da organização. (TEECE; PISANO; SHUEN, 1997).

Nas organizações de saúde, como os hospitais, estas habilidades, recursos e competências tornam-se visíveis na assistência e na terapêutica prestadas diretamente ao cliente, por meio das interações cotidianas com os profissionais. O cuidado humanizado e a construção coletiva de bem-estar, associados à segurança, precisão e inovação são essenciais e, neste contexto, a formação continuada da equipe de saúde é básica para melhor responder às demandas mutáveis do ambiente e para fornecer serviços de excelência.

Esta formação permanente compreende a aprendizagem desenvolvida no próprio ambiente de trabalho, pois é na interação com o cliente e nas atividades,

quase que puramente coletivas, que o saber é construído, recriado, renovado e transformado. Esta é a lógica da Aprendizagem Baseada em Práticas (ABP), voltada para as práticas cotidianas, ou os microprocessos. (ANTONELLO; GODOY, 2011).

Para operacionalizar esta aproximação entre os constructos e atender aos objetivos da tese, este estudo foi realizado por meio de um estudo de caso em uma organização hospitalar do Rio Grande do Sul, Brasil, e a pesquisa, de caráter qualitativo e quantitativo, teve os dados coletados em múltiplas fases, por meio de entrevistas, grupos focais, *shadowing* e análise conjunta.

A tese está estruturada no seguinte formato: o capítulo 1 introduz o tema e contexto da pesquisa, bem como o problema e os objetivos a serem alcançados; o capítulo 2, por meio da revisão de literatura, apresenta os pressupostos relativos aos dois constructos, Aprendizagem Baseada em Práticas e Capacidades Dinâmicas, além de trazer a aproximação do ponto de vista teórico, entre os mesmos; o capítulo 3 descreve os procedimentos metodológicos utilizados no estudo, apresenta o caso e dá o detalhamento das etapas da pesquisa; o capítulo 4, dos resultados, traz os principais achados e a análise; e finaliza a tese o capítulo 5, com as considerações finais e conclusões, bem como implicações para pesquisadores e gestores de organizações de saúde, limitações e possíveis caminhos para pesquisas futuras.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Este capítulo tem o objetivo de apresentar os fundamentos e avanços em dois campos de pesquisa distintos, e que constituem o arcabouço teórico que sedimenta este estudo: Aprendizagem baseada em Práticas e as Capacidades Dinâmicas. Na sequência, destaca-se a aproximação entre as duas abordagens, visando explorar as contribuições da ABP para o desenvolvimento de CD. Ao longo do texto os pressupostos de pesquisa emergem, partindo das lacunas percebidas no referencial teórico.

2.1 APRENDIZAGEM ORGANIZACIONAL E A VERTENTE DA APRENDIZAGEM BASEADA EM PRÁTICAS

A discussão sobre o tema inicia com uma perspectiva histórica para os estudos sobre Aprendizagem organizacional, prosseguindo com a apresentação da vertente da Aprendizagem baseada em Práticas.

2.1.1 Breve histórico da Aprendizagem Organizacional

Algumas temáticas tem sido amplamente discutidas e revisadas em estudos teóricos e teórico empíricos na área da Administração, e a Aprendizagem Organizacional (AO) tem recebido grande atenção dos pesquisadores, com um histórico bastante variado e extenso de pesquisas. (ANTONELLO; GODOY, 2011). Ao procurar referencial sobre o tema AO, uma miríade de debates e revisões de literatura são encontrados, além de *Handbooks* (DIERKES et al, 2001; EASTERBY-SMITH; LYLES; 2011; NICOLINI; GHERARDI; YANOW, 2003; GREY; ANTONACOPOULOU, 2004; ANTONACOPOULOU et al, 2005; ANTONELLO; GODOY, 2011) que procuram entender diferentes dimensões e perspectivas, bem como contribuir para a consolidação e avanço nesta área de estudo.

Nas revisões de literatura sobre o tema algumas lacunas são sinalizadas. Uma das indicações é de que persiste a predominância de estudos qualitativos e inseridos em um paradigma funcionalista (ANTONELLO, 2002), e com ênfase em

aspectos macroorganizacionais. (LOIOLA; BASTOS, 2003). Em revisão mais recente, Antonello e Godoy (2011) apontam para um avanço de estudos internacionais considerando a construção social da aprendizagem, ou seja, que aprendizagem é um fenômeno cultural e social, e não apenas cognitivo; estas considerações ainda não recebem a mesma atenção em estudos brasileiros. As autoras também sinalizam algumas questões que podem ser resgatadas e aprofundadas, como o fato de que AO deve ser compreendida e estudada como um processo, que ocorre nas interações do indivíduo, durante sua prática: “Praticando, aprendendo e sabendo. No curso das ações cotidianas, esses três elementos nunca estão descolados, mesmo com todo o esforço que é feito para enxergá-los separadamente”. (DE CAMILLIS; BUSSULAR; ANTONELLO, 2016, p.82).

Para entender, porém, o constructo da AO, é necessário recorrer inicialmente aos autores considerados seminais para o estudo da Administração, que contribuíram para o despertar do interesse pelo tema (quadro 1), o qual atualmente ramificou-se incluindo fundamentos da economia, psicologia, sociologia e antropologia, dentre outros.

Quadro 1 Primeiros enfoques acerca de Aprendizagem Organizacional (AO)

AUTOR/ANO	ENFOQUE
SIMON, 1953	Conceito de aprendizagem individual aplicado às organizações
SELZNICK, 1957	Ligação entre competências e AO
BATESON, 1958	Organizações que aprendem a aprender
CYERT E MARCH, 1963	AO como estímulo-resposta, enfoque adaptativo
CANGELOSI E DILL, 1965	Interações entre aprendizagem individual e organizacional
ARGYRIS E SCHON, 1978	Teoria em uso; <i>single e double-loop</i>
HEDBERG, 1981	Relações entre os sujeitos que aprendem
FIOL E LYLES, 1985	Diferenciação entre aprendizagem e mudança

Fonte: Autora, baseado em textos de Argyris e Schon (1978); Argyris (1993).

As primeiras abordagens ao tema da AO estavam inseridas dentro da lógica da eficiência, da eficácia, do aperfeiçoamento e adaptação de processos de trabalho e da inovação, acompanhando as construções teóricas e explicações da realidade organizacional daquele período.

Tendo sido revista por diferentes perspectivas, a temática da AO teve um avanço a partir da década de 70. Alguns estudos mereceram maior destaque na

área, como os conceitos de aprendizagem de ciclo simples e duplo e as teorias de ação esposada e em uso de Argyris e Schön (1978); o estudo de Senge (1990), acerca das organizações que aprendem; a espiral de conhecimento e os modos de transferência de Nonaka e Takeuchi (1997); e a contribuição de Crossan, Lane e White (1999) identificando quatro processos chave e críticos para a AO: intuição, interpretação, integração e institucionalização, o *framework* dos 4Is.

Esta diversidade de estudos teóricos e empíricos sobre AO tem basicamente dois focos: a aprendizagem como processo (Aprendizagem organizacional) e como produto (Organizações de Aprendizagem). No primeiro, a questão é como a aprendizagem acontece nas organizações; no segundo, quais os princípios, características e sistemas da organização que aprende. (BAPUJI; CROSSAN, 2004; SOUZA, 2004; BITENCOURT; AZEVEDO, 2006; EASTERBY-SMITH; LYLES, 2011).

Em meio a distintos argumentos teóricos acerca de AO, Fiol e Lyles (1985) apontam 3 pontos de consenso: distinção entre aprendizagem individual e organizacional; relevância do alinhamento e adaptação ao ambiente; e a presença de quatro elementos no processo de aprendizagem: cultura, estratégia, estrutura e ambiente. Nicolini e Mezner (1995), porém, apontam para a persistente pluralidade de opiniões, definições e conceitualizações e a necessidade de uma abordagem mais abrangente, que permita a interpretação da AO como uma construção social que “transforme o saber adquirido em conhecimento abstrato explicável”. (NICOLINI; MEZNAR, 1995, p.727).

A multiplicidade de idéias acerca de AO é impressionante, e esta popularidade, segundo Antonello e Godoy (2011) pode ser perigosa, no sentido de que o seu conceito acabe perdido no meio desta polissemia ou selva impenetrável, como nomeia Prange (2001). A crítica está no caráter utilitarista que tem sido dado ao tema, visto que a AO tem sido apontada como uma estratégia de solução de problemas e de organização em ambientes dinâmicos e de rápidas mudanças.

Esta lógica, inserida no paradigma funcionalista como classificam Burrell e Morgan (1979), tem sua base num pressuposto positivista do mundo social, que implica uma visão pragmática buscando resolução de problemas, organização e consenso. Segundo Weick e Westley (2004), entretanto, a expressão AO é um oxímoro, pois aprender e organizar são processos distintos, e como explicam Flach e Antonello (2011), a “composição entre ordem e desordem é o que está na raiz dos processos de mudança e AO”. (FLACH; ANTONELLO, 2011, p.118). Dentro desta

argumentação, a Aprendizagem ocorre em diferentes momentos, não somente em ocasiões formais de ensino, mas surgindo e sendo mantida nas interações, em práticas coletivas, não estando concentrada na mente das pessoas. Aprender não é uma escolha da organização, segundo Nicolini e Mezner (1995), mas são processos que acontecem continuamente, não necessariamente ocorrendo em resposta a um estímulo do ambiente e, portanto, não necessariamente levando à mudanças e melhorias. (ANTONELLO; AZEVEDO, 2011).

É importante apontar que a mudança é considerada característica permanente da realidade, e que consiste em processos em andamento e dependentes da ação que é situada. (TSOUKAS; CHIA, 2002). As organizações estão em constante transformação e renovação, pois as atividades dentro delas são criativas; a ação dos indivíduos é constantemente mutável em decorrência de condições, interações e escolhas específicas, que acontecem no cotidiano. Nos estudos tradicionais sobre AO a aprendizagem está quase sempre associada à mudança organizacional, numa relação direta de causa e efeito; porém, a relação entre mudança e aprendizagem é empírica e dependente de outros fatores, “não algo assumido em nível teórico e universal”. (ANTONELLO; GODOY, 2011, p.45).

Este olhar processual para a aprendizagem, considerando-se que pode ou não levar à melhoria do desempenho, que ocorre em um nível interpessoal e dentro de uma visão de fluxo e movimento contínuo da realidade organizacional é o ponto de partida para as novas correntes de estudo sobre AO, a dos Estudos Baseados em Prática (EBP) e, em especial, para a ABP.

Com suas fundações estabelecidas principalmente pelos estudos de Silvia Gherardi, da Universidade de Trento, Itália, e colaboradores, há uma ressignificação da ideia de AO (ANTONELLO; GODOY, 2011) para além da visão racional e utilitária, o que será abordado no próximo segmento.

2.1.2 Aprendizagem baseada em Práticas (ABP)

Desde sua origem, a Aprendizagem Organizacional (AO) esteve conectada a um paradigma funcionalista e com uma visão macro da organização, associando a AO à melhoria no desempenho e vantagem competitiva das organizações. Esta perspectiva utilitarista, que vê a AO como algo “gerenciável”, ainda está muito

presente em estudos sobre o tema. (ANTONELLO; GODOY, 2010). Além disso, modelos teóricos sofisticados procuraram discernir e analisar separadamente os chamados níveis da aprendizagem, individual, grupal, intergrupar (CROSSAN; LANE; WHITE, 1999), e como o saber tácito se torna institucionalizado (NONAKA; TAKEUCHI, 1997), alvo dos estudos sobre Gestão do Conhecimento.

Tomando um diferente caminho para entender AO, opta-se nesta tese pelas perspectivas sociais e culturais, baseadas em autores como Brown e Duguid (1991), Cook e Yanow (1993), Lave e Wenger (1991), e Gherardi, Nicolini e Odella (1998), que a vêem como um fenômeno que recorre ao indivíduo em suas interações, portanto, consistindo de um fenômeno interpessoal – ou seja, não é a aprendizagem do indivíduo, nem a aprendizagem da organização antropomorfizada, mas a aprendizagem que consiste naquilo que os indivíduos elaboram juntos, nas atividades diárias, no trabalho cotidiano – “o conhecimento não é algo que as pessoas possuem em suas cabeças, mas é algo que as pessoas fazem juntas”. (GERGEN, 1985, p.270).

As abordagens para a ABP implicam o uso da prática como “lente” para ver este fenômeno e assim trazer à luz o real trabalho performedo no cotidiano das organizações (GEIGER, 2009), destacando-se os microprocessos organizacionais. Easterby-Smith e Lyles (2011) afirmam que o termo prática gerou uma jornada coletiva de estudos organizacionais, quando vários rótulos originaram-se a partir desta lente: *practice-based standpoint* (BROWN; DUGUID, 1991), *strategy-as-practice* (WHITTINGTON, 2011), *practice-based learning* (RAELIN, 2007), *practice-based lens* ou *practice-oriented research* (ORLIKOWSKI, 2000), *knowing-in-practice* (GHERARDI, 2005; 2010), dentre outros.

De forma mais clara, Corradi, Gherardi e Verzelloni (2008) apresentam 10 perspectivas para aprendizagem que se enquadram no rótulo de uma abordagem usando a lente da prática. O uso do termo “práticas”, segundo estes autores, dá início a uma onda de popularidade que institucionaliza um campo de estudos – o dos estudos baseados em prática - e agrega uma comunidade de pesquisadores ao redor do tema. As 10 perspectivas deste campo de estudos (apresentadas no quadro 2) tem como um aspecto essencial o reconhecimento dos contextos social, histórico e estrutural nos quais o conhecimento é produzido e performedo.

Quadro 2 Perspectivas do campo de estudos de prática

ABORDAGEM	PRINCIPAIS AUTORES	PRINCIPAIS IDEIAS
Das Comunidades de prática (CoPs) para as Práticas de uma comunidade (PoCs)	CoPs = Lave, Wenger, 1991; Wenger, 2000; Wenger, Snyder, 2000. PoCs = Gherardi et al, 1998; Brown, Duguid, 2001; Swan et al, 2002; Contu, Willmot, 2003; Roberts, 2006.	Considerados os pioneiros nesta onda dos estudos baseados em prática, introduziram conceitos novos como o caráter situado e social das práticas , a importância do conhecimento para o trabalho, a importância da aprendizagem dentro da comunidade dos trabalhadores, dentre outros. A noção de comunidade de prática sinaliza a passagem de uma visão cognitiva e individual de aprendizagem para uma visão social e situada, ou seja, aprendizagem não acontece “na cabeça das pessoas”, mas é um processo social participativo . O conceito de comunidade de prática (CoP) foi revertido para práticas de uma comunidade (PoC), no qual o foco passa a ser como as ações situadas e repetidas criam o contexto no qual as relações sociais entre os indivíduos, e entre indivíduos e o mundo material e cultural estabilizam- se e são normativamente sustentadas.
Perspectiva baseada em prática (practice-based standpoint)	Brown, Duguid, 1991; Cook, Brown, 1999; Brown, Duguid, 2001.	O conhecimento pode ser descrito por meio de duas diferentes visões: da epistemologia da posse e da epistemologia da prática . Na epistemologia da posse, o conhecimento é entendido como algo que possuímos; na epistemologia da prática, por sua vez, o conhecimento é algo que fazemos. A prática situada é essencial para a análise dos processos pelos quais o conhecimento é compartilhado e disseminado na organização.
Aprendizagem baseada na prática ou aprendizagem baseada no trabalho (Practice-based learning or work-based learning)	Raelin, 1997, 2007; Boud, Middleton, 2003; Fenwick, 2006; Strati, 2007; Carlile, 2004; Nicolini, 2007.	Destaca como a aprendizagem acontece : não somente em sala de aula, por meio do ensino, mas também no contexto de trabalho, na observação, discussão e interação com os outros aprendizes/ trabalhadores . O estudo de Strati (2007) investiga a dimensão do “conhecimento sensível” e julgamento estético, destacando que o aprendizado acontece também com o corpo. O papel dos objetos (ou não humanos) na estruturação e estabilização do conhecimento prático é considerado, baseado na Teoria da atividade de Engestrom, de 1999.
Prática como “o que as pessoas fazem” (Practice as “what people do”)	Latour, Woolgar, 1979; Knorr- Cetina, 1981; Garfinkel, Lynch, Livingston 1983; Fujimura, Star, Gergson, 1987; Latour, 1984, Callon, 1980; Jarzabkowski, Balogun, Seidl 2007; Whittington, 1996.	Áreas de pesquisa que procuram determinar o que as pessoas rotineiramente fazem em seu campo de práticas . No ramo chamado “ciência-como-prática, o foco era estudar o que os cientistas fazem considerando-se uma dimensão macro do mundo das ciências e dos laboratórios científicos. Na perspectiva da estratégia-como-prática, um complexo e composto sistema de habitus (Bourdieu), artefatos e formas socialmente definidas de ação constituem o fluxo de atividades estratégicas . O foco está na atividade gerencial, como os gestores “fazem a estratégia”.
Lente da prática e pesquisa orientada pela prática (Practice lens and practice-oriented)	Orlikowski, 2000; Schultze, Boland, 2000; Osterlund, 2003, 2004, 2007.	Um dos primeiros trabalhos propondo o uso da “lente prática” para o estudo de tecnologias foi o artigo de Orlikowski (2000), baseada na teoria da estruturação de Giddens, de 1979, possibilitando um melhor entendimento do papel constitutivo das práticas sociais no uso e apropriação das tecnologias no trabalho.

ABORDAGEM	PRINCIPAIS AUTORES	PRINCIPAIS IDEIAS
<i>research</i>)		
Saber-na-prática (<i>Knowing-in-practice</i>)	Gherardi, 2000; Orlikowski, 2002; Strati, 2003.	A lógica é que o conhecimento não está na cabeça das pessoas, nem é um fator de produção estratégico localizado na organização, mas é o saber-na-prática, constituído ao praticar num contexto de interação. Prática, neste contexto, é a convenção que conecta o <i>knowing</i> ao <i>doing</i> , não uma capacidade estática ou estável, mas uma realização social, constituída e reconstituída enquanto os indivíduos se envolvem no mundo da prática.
“A vez” da prática (<i>Practice turn</i>)	Schatzki, Knorr-Cetina, Von Savigny, 2001; Rouse, 2001.	A expressão “<i>practice turn</i>” deriva do livro editado por Schatzki, Knorr-Cetina e Von Savigny (2001) que, com o tempo, originou uma gama de diferentes definições e referências, gerando, por vezes, confusão acerca do conceito de prática. A dimensão social é a chave para entender as razões que induzem um grupo de atores a praticar continuamente e repetidamente , ajustando suas atividades às contínuas mudanças e ajustando o seu fazer à racionalidade situada do contexto no qual está interagindo.
Perspectiva baseada na prática (<i>Practice-based perspective</i>)	Sole, Edmondson, 2002; Swan, Bresnen, Newell, Robertson, 2007.	Examina o papel dos processos de conhecimento e aprendizagem situada em contextos dispersos geograficamente. Considera central para a perspectiva baseada em prática o reconhecimento dos contextos social, histórico e estrutural nos quais as ações acontecem. Os objetos performam um papel fundamental neste sentido, pois carregam em si um conjunto de práticas consolidadas e socialmente compartilhadas na comunidade de práticos. A prática une dimensões individual e coletiva, elementos tecnológicos e humanos.
Abordagem baseada em prática (<i>Practice-based approaches</i>)	Carlile, 2002; Yanow, 2004.	O conhecimento está articulado na prática dos indivíduos , nas relações entre os atores, tecnologias, métodos e regras. Esta abordagem permite a exploração de como os indivíduos resolvem seus problemas e constroem suas competências na prática.
Prática como metodologia (<i>Practice as methodology</i>)	Fox, 2006; Marshall, Rollinson, 2004; Yanow, 2006; Petit, Huault, 2008.	Fox (2006) discute métodos usados para estudar a prática , destacando que quando a dimensão do “fazer” (<i>doing</i>) situado dos atores é analisado, deve ser usada uma metodologia que suporte esta perspectiva. A etnografia, pesquisa ação e <i>storytelling</i> são metodologias chaves para a observação participante nas práticas sociais e situadas.

Fonte: Autora, adaptado de Corradi; Gherardi; Verzelloni, 2008

As novas ideias sobre AO e GC, transportadas e traduzidas por estas perspectivas, contém similaridades e diferenças. Para Corradi, Gherardi e Verzelloni (2008), o rótulo dos estudos baseados em prática é considerado um conceito abrangente e uma ferramenta útil para discutir e questionar os paradigmas positivista e racionalista acerca de aprendizagem organizacional.

O que se observa, entretanto, segundo estes autores, é que dentro do mesmo rótulo, há diferentes concepções do termo práticas. O termo prática no senso comum tem uma pluralidade de significados: prática como um método de aprendizagem, no qual a constante repetição leva à melhoria (*learning by doing*); prática como uma ocupação ou área de trabalho; prática como a maneira que algo é realizado. A principal mudança no uso da prática como perspectiva para ver os fenômenos é epistemológica, pois nela o saber e o fazer estão juntos, e a aprendizagem não é uma atividade cognitiva mas social. (NICOLINI; GHERARDI; YANOW, 2003). Destaca-se, então, a natureza emergente do conhecimento, a partir da interação entre os indivíduos.

Dentro desta mesma lógica, Schatzki, Knorr-Cetina e Von Savigny (2001) e Reckwitz (2002) trazem a ideia de que o social está localizado nas práticas, argumento que tira a centralidade da mente e cognição, trazendo ao debate o estético (STRATI, 2007), o corpo e também os objetos e os materiais. A ordem pressupõe arranjos de pessoas, artefatos e coisas, e não regularidade. Para ir além dos dualismos e transcender a objetificação das estruturas e sistemas sociais, é preciso pensar nas práticas. (SCHATZKI; KNORR-CETINA; VON SAVIGNY, 2001).

Ver as organizações como culturas e atribuir às práticas o foco de análise social são alguns dos pressupostos dos modelos teóricos de aprendizagem relacionados às perspectivas socioculturais. Flach e Antonello (2011) citam 4 modelos: as Comunidades de Prática, ou CoPs (WENGER, 1998); o conhecimento baseado na prática (GHERARDI, 2000); a participação periférica legitimada e aprendizagem situada (LAVE; WENGER, 1991). Corradi, Gherardi e Verzelloni (2008) destacam que, após o ano 2000, os estudos nesta área moveram-se para um reconhecimento mais explícito da prática como epistemologia. Fundamentados em diferentes escolas de pensamento sociológicas, quatro novos modelos surgiram: pesquisa orientada para a prática (ou *practice-lens*); saber-na-prática (ou *knowing-in-practice*); perspectiva baseada em prática e abordagens baseadas em práticas

(como apresentados no quadro 2). Embora tenham fundamentos em diferentes escolas sociológicas, o foco em todos, contudo, é a noção de práticas.

Esta ênfase nas práticas, vista em várias áreas de estudo, é uma “transdisciplinaridade disciplinada” (WHITTINGTON, 2011, p.183), visível nas diversas publicações de autores das áreas de contabilidade, sistemas de informação, marketing, gestão de recursos humanos, liderança, teoria institucional e, de forma crescente, em aprendizagem. A noção de prática, entretanto, precisa ser esclarecida, não podendo estar simplificada “ao que as pessoas fazem”. A publicação de Schatzki, Knorr-Cetina e Von Savigny (2001) “*The practice turn in contemporary theory*” explica, nos argumentos de vários autores, a noção do termo práticas. Barnes (2001), por exemplo, dá uma abrangente descrição de práticas, como sendo “formas socialmente reconhecidas de atividades, realizadas com base no que os membros aprendem com outros, capazes de serem feitas corretas ou incorretamente”. (BARNES, 2001, p.27). Para este autor, prática não é a soma de ações em nível individual, ou hábitos; a prática é uma realização compartilhada que requer coordenação com os outros e constante ajuste, cálculo e imaginação criativa.

Nesta tese, as práticas são estudadas como lente, como um modo de ver um contexto (epistemologia), consistindo em um conceito crítico para definir conhecimento como uma atividade prática, agregando o *knowing* ao *action*, ou seja, concebendo prática como conhecimento em ação – “*a practising*”. (CORRADI; GHERARDI; VERZELLONI, 2010, p.279).

Corradi, Gherardi e Verzelloni (2010) afirmam que é primordial, para a perspectiva da prática, que sejam reconhecidos os contextos sociais, históricos e estruturais nos quais o conhecimento é elaborado. Os estudos sobre as CoPs são, na visão destes autores, pioneiros ao trazer ao debate inovação e uma pluralidade de conceitos. Não existe, entretanto, uma teoria unificada da prática. O que há, segundo Shipton (2006), é um interesse em retratar a aprendizagem que acontece no cotidiano e os aspectos tácitos da criação do conhecimento dentro de contextos particulares, embricados nos microprocessos organizacionais. Este é, cabe destacar, o retrato que motivou a seleção do enfoque da ABP como alicerce para o desenvolvimento desta pesquisa e a aproximação com outra abordagem teórica, a das CD.

A perspectiva da ABP está fundamentada no pressuposto de que aprendizagem e conhecimento são processos, derivados de tradições como

fenomenologia, pragmatismo, interacionismo simbólico, o pensamento de Wittgenstein, desconstrucionismo e pós-estruturalismo. (NICOLINI; GHERARDI; YANOW, 2003). A substituição de *knowledge* por *knowing-in-practice* (GHERARDI, 2005; 2009b) procura apresentar a ideia de fluxo e processo, ou seja, em substituição ao termo conhecimento - *knowledge*, de cunho estático, esta perspectiva usa o termo saber em seu gerúndio - *knowing*, denotando ação, dinâmica; e a inclusão do termo práticas nesta perspectiva assume que conhecimento e aprendizagem estão sendo constantemente performados nas práticas cotidianas. (BUSSULAR et al, 2013, p.8).

Dentre as diferentes visões de aprendizagem que encontram-se nas abordagens baseadas em prática, optou-se neste estudo não por uma linha em particular (como Comunidades de Prática, *knowing-in-practice*, aprendizagem situada, etc.), mas sim em **utilizar a lente da ABP por um viés mais amplo**, entendendo o conhecimento e a aprendizagem como atributo de indivíduos, mas “evidenciados e observados na dimensão coletiva, em que as práticas de trabalho demonstram seu domínio”. (FLACH; ANTONELLO, 2011). Este viés compreende os aspectos emergente e processual, dinâmico, coletivo, situado e dependente do contexto, desta forma oportunizando visualizar como a aprendizagem é orquestrada dentro das organizações.

Esta perspectiva, ao rejeitar as amarras impostas pelo dualismo cartesiano entre objetivo/subjetivo, mente abstrata/práticas materiais, sociais e concretas (FOX, 2006), aprendizagem individual/coletiva, saber tácito/explicito, traz à luz aspectos como a relação do indivíduo com seu trabalho, o significado que a ele atribui, o papel das interações coletivas na construção do saber, considerando o papel mediador dos artefatos, da linguagem e dos objetos.

Mais recentemente, Gherardi (2015a) reconhece uma maior consolidação neste campo de estudo, que possibilita melhor entender as diferenças e, com isto, promover linhas de teoria com maior consistência interna. (GHERARDI, 2015a). O estudo dos saberes das práticas, para a autora, permite “estudar o conhecimento em sua produção” (GHERARDI, 2015b, p.15), e uma teoria crítica da prática apresenta questões sobre quais são as consequências, nas organizações, deste modo de entender a aprendizagem, as práticas e o conhecimento. Para Nicolini e Monteiro (2016), as abordagens baseadas nas práticas permitem ver os fenômenos

organizacionais não como fatos consumados, mas sim como dinâmicos e florescentes.

Nicolini, Scarbrough e Gracheva (2015) entendem que é complexo generalizar sobre as potenciais contribuições da ABP para os problemas das organizações (e nesta publicação referem-se especificamente a organizações de saúde); entendem, porém, que estas novas formas de conceber a aprendizagem e o *knowing* podem trazer resultados diversos e promissores. Uma das premissas básicas da ABP é que o conhecer não está separado do fazer, e os saberes se constroem e reconstroem em microprocessos organizacionais, atividades do cotidiano performadas numa lógica interpessoal, participativa e dinâmica.

É relevante, portanto, que a análise organizacional seja feita observando-se seus microprocessos, ou seja, os saberes embricados nas práticas cotidianas. Os microprocessos organizacionais, pelo seu caráter de construção dinâmica e coletiva, tanto sustentam e reforçam práticas seguras como geram novas práticas ou rotinas, que poderiam ser estratégicas, mas não são absorvidas pela organização. Uma das críticas à vertente das CD é a sua “invisibilidade” ou difícil operacionalização. Dar visibilidade à estes microprocessos permite evidenciar também as práticas que poderiam ser incorporadas pela organização, reforçadas e renovadas.

2.2 CAPACIDADES DINÂMICAS

A abordagem das Capacidades Dinâmicas (CD) inicia pelas principais definições encontradas na literatura, que tem sofrido algumas alterações e recebido várias contribuições ao longo do tempo. A seguir, são apresentados os elementos constituintes e os microfundamentos apontados para o desenvolvimento das CD, importantes para a análise realizada nesta tese.

2.2.1 Principais definições

A partir do estudo de Teece, Pisano e Shuen (1997), diversas definições e abordagens para CD são encontradas na literatura, as quais enfatizam diferentes aspectos, como rotinas, aprendizagem, processos organizacionais, dentre outros. Mas o principal resultado das CD, apontado nas diferentes publicações, está no seu impacto sobre a renovação e integração dos recursos e ativos, das capacidades e

das rotinas. (WANG; AHMED, 2007; AMBROSINI; BOWMAN, 2009; TONDOLO, 2011).

Um quadro síntese das principais definições de CD, em ordem cronológica de sua publicação está descrito a seguir, de forma a ilustrar as diversas possibilidades de abordagem do constructo.

Quadro 3 Cronologia dos estudos acerca de Capacidades Dinâmicas

AUTOR(ES)	DEFINIÇÕES	FOCO
TEECE; PISANO; SHUEN, 1997	A habilidade da firma em integrar, construir e reconfigurar competências internas e externas para responder a ambientes de rápidas mudanças	Competências internas e externas
EISENHARDT; MARTIN, 2000	Rotinas organizacionais e estratégicas pelas quais as firmas obtêm novas configurações de recursos	Rotinas
TEECE, 2000	A habilidade de perceber e aproveitar as oportunidades, de forma rápida e proficiente.	Habilidade
ZOLLO; WINTER, 2002	O padrão aprendido e estável de atividade coletiva por meio da qual a organização sistematicamente gera e modifica suas rotinas operacionais em busca de maior efetividade	Rotinas
WINTER, 2003	Capacidades que agem para estender, modificar, ou criar capacidades ordinárias	Capacidades
BOWMAN; AMBROSINI, 2003	Abordagem que dá atenção à habilidade da firma em renovar seus recursos, alinhada com as mudanças no ambiente	Recursos
HELFAT; PETERAF, 2003	Capacidades que constroem, incorporam ou reconfiguram capacidades operacionais	Capacidades
LOPEZ, 2005	Processos organizacionais complexos de alta ordem que proporcionam condições adequadas para a modificação e renovação dos ativos da firma	Processos
ZAHRA; SAPIENZA; DAVIDSSON, 2006	Habilidades de reconfigurar os recursos e rotinas da firma da forma projetada e considerada apropriada pelo principal tomador de decisão	Recursos e rotinas
WANG; AHMED, 2007	Orientação comportamental da firma para a constante incorporação, reconfiguração, renovação e recriação de seus recursos e capacidades e, principalmente, aprimoramento das competências essenciais em resposta ao ambiente em mudança, para manter a vantagem competitiva	Recursos e capacidades
TEECE, 2007	Atividades de alto nível que articulam habilidade dos gerentes em perceber e aproveitar oportunidades, combinar e reconfigurar ativos especializados e co-especializados, de forma a atender demandas dos clientes, mantendo e melhorando o ajuste evolucionário da firma	Ativos especializados e co-especializados
HELFAT et al, 2007	Capacidade de uma organização de intencionalmente criar, estender ou modificar sua base de recursos	Recursos
DOVING; GOODERHAM, 2008	Rotinas, sistemas e processos sustentados que são visíveis, reconhecidos e planejados administrativamente como meios para obter novas configurações de recursos	Rotinas, sistemas e processos
MENON, 2008	Habilidade da firma em utilizar seus recursos efetivamente para obter congruência com o ambiente de negócios em mudança	Recursos
AMBROSINI; BOWMAN, 2009	Não é uma capacidade (no sentido da Visão Baseada em Recursos), não é um recurso; é um processo que impacta sobre os recursos	Processo
CHEN; LEE, 2009	Processo evolucionário que auxilia na resolução de	Processo

AUTOR(ES)	DEFINIÇÕES	FOCO
	problemas, melhora tomada de decisão, estimula ideais criativos e ajuda os membros a implementar efetivamente os objetivos organizacionais	
BARRETO, 2010	Potencial da firma de sistematicamente resolver problemas, dada sua propensão em perceber oportunidades e ameaças, de elaborar decisões precisas e orientadas para o mercado, e de alterar sua base de recursos	Recursos
TEECE, 2011	Consiste num <i>framework</i> descritivo e normativo que pode ser utilizado para auxiliar a tomada de decisão da gerência principal	<i>Framework</i> descritivo e normativo
ZAIDI; OTHMAN, 2012	Capacidade de alta ordem geralmente em forma de ativos intangíveis (processos, habilidades, rotinas, capacidades)	Capacidade (processos habilidades, rotinas)
TEECE, 2012	Competências de alto nível que determinam a habilidade da firma em integrar, construir e reconfigurar recursos e competências internas e externas para atender e, possivelmente, modelar ambientes de negócios de mudanças rápidas	Competência de alto nível
ERIKSSON, 2014	Compreendem quatro processos de conhecimento: acumulação/aquisição, integração, utilização e reconfiguração/transformação	Conhecimento
HELFAT; PETERAF, 2015	Capacidades que permitem às firmas conquistar vantagem competitiva sustentável dentro de certas condições	Capacidades
AL-AALI; TEECE, 2014	Representam, de algum modo, as características organizacionais necessárias para perceber (sensing) as oportunidades. CD vão além das melhores práticas; são capacidades de alta ordem no sentido de que orientam como as capacidades ordinárias da firma são desenvolvidas, aumentadas, selecionadas e combinadas	Capacidades de alta ordem
TONDOLO; BITENCOURT, 2014	Compreendem um conjunto de processos, como reconfiguração, alavancagem, aprendizagem, integração criativa, detecção, captura, aquisição e disponibilização de recursos	Processos
SHUEN; FEILER; TEECE, 2014	CD são meta-processos que orquestram uma variedade de processos, indo além das melhores práticas para gerenciar os imperativos estratégicos da organização.	Meta-processos
TEECE, 2016	CD dizem respeito a fazer as coisas certas, no tempo certo.	Fazer as coisas certas
DAVIES; DODGSON; GANN, 2016	CD são as capacidades necessárias para entrega e sucesso de projetos grandes, complexos e que envolvam riscos.	Capacidades
PITELIS; TEECE, 2016	As CD compreendem fazer as coisas certas, no tempo certo, e são baseadas em desenvolvimento de novos produtos e processos, orquestração gerencial diferenciada, cultura organizacional voltada a mudanças e uma previdente avaliação do ambiente de negócios e das oportunidades do mercado.	Fazer as coisas certas

Fonte: Elaborada pela autora.

Este breve resumo em ordem cronológica das definições de CD não abrange todas as definições encontradas na literatura, mas foram selecionadas as consideradas mais relevantes para o propósito da pesquisa. Estas contribuem com diferentes enfoques e perspectivas acerca do constructo, mas vão, ao longo do

tempo, reforçando questões essenciais: estão relacionadas à capacidades, recursos, rotinas e processos internos da organização; são associadas com mudanças, renovação e transformação; pressupõem uma lógica intencional, por parte de seus membros ou dos gestores, em sua criação e desenvolvimento.

É interessante perceber, também, ao longo do tempo, os aprimoramentos das contribuições de Teece ao constructo. (TEECE; PISANO; SHUEN, 1997; TEECE, 2000; 2007; 2011; 2012; AL-AALI; TEECE, 2014; TEECE, 2016). O autor, juntamente com colaboradores, apresentou maior detalhamento acerca de alguns aspectos da vertente das CD, como, por exemplo, propondo três capacidades fundamentais, o *sensing*, *seizing* e *transforming* (TEECE, 2007) acompanhadas de processos organizacionais, os microfundamentos; introduziu o termo gestão empreendedora e fortaleceu o papel do gestor na gênese das CD; e, ainda, aplicou o *framework* em contextos empíricos. (SHUEN; FEILER; TEECE, 2014). Estas revisões e aprimoramentos podem também reforçar a percepção acerca do caráter emergente e em construção da teoria.

2.2.2 Os elementos constituintes das CD

As CD vão além da solução de problemas da organização, mas requerem a criação, integração e comercialização de fluxo contínuo de inovações, consistentes com as necessidades do mercado e oportunidades tecnológicas. (TEECE, 2007). Para atingir este resultado, a criação e evolução das CD estão imbricadas nos processos organizacionais, os quais são moldados pelas posições da organização e sua trajetória – os quais são chamados de elementos constituintes das CD. (TEECE; PISANO; SHUEN, 1997).

O elemento processos é explicado por Teece, Pisano e Shuen (1997) como “a maneira como as coisas são feitas” (p.518) e está, segundo Schreyogg e Kliesch-Eberl (2007), no “coração” do conceito de capacidades. Este elemento tem três funções: a coordenação e integração, conceito estático e relacionado ao papel da gerência em coordenar e integrar as ações; a aprendizagem, conceito dinâmico, social e coletivo, que permite rever a lógica da organização e a renovação de rotinas; e reconfiguração e transformação, baseada em contínua monitorização e disposição da organização para aprender e transformar a si mesma.

Teece, Pisano e Shuen (1997) destacam que a aprendizagem é o processo pelo qual as atividades são melhor e mais agilmente feitas, por meio de repetição e experimentação, e consiste em um processo intrinsecamente social e coletivo, o qual permite “estabelecer os códigos comuns de comunicação e de reordenação das atividades em função da constante reavaliação do conhecimento adquirido”. (PELAEZ et al, 2009, p.84). O elemento aprendizagem é destaque na abordagem de Teece, Pisano e Shuen (1997) e está nos microfundamentos das CD. Ao explicar a relação da aprendizagem com o conceito de CD, Teece (2007) cita os vários tipos de aprendizagem, como experiencial, observacional (ou por modelagem), individual e organizacional, cada um com seus pressupostos defendidos por diferentes autores. Não entrando em escolhas por um tipo ou outro, o autor defende que a aprendizagem é um elemento central das CD, e que processos de criação, compartilhamento e integração do conhecimento tornam possível o contínuo realinhamento e a orquestração e conseqüentemente a vantagem competitiva e criação de valor. Entretanto, ao valorizar aspectos tácitos do saber como um diferencial da organização, os autores afirmam que a aprendizagem tem a tendência de ser local e próxima às atividades. (TEECE; PISANO; SHUEN, 1997).

Como observado na discussão anterior, acerca de aprendizagem, grande parte da literatura sobre o tema parece sempre tender para escolhas dicotômicas (indivíduo/ coletivo; saber tácito/ explícito; *exploitation/ exploration*); entretanto, este debate em nada contribui para o entendimento das CD, concebidas como dinâmicas e generativas. Portanto, ao entender aprendizagem, como um dos processos que compõe as CD, não como mobilização de conhecimento em uma dimensão estática, mas na lógica de fluxo e processo do saber-na-prática, não seria possível realmente abarcar o caráter dinâmico das capacidades e competências? Desta ideia origina-se o primeiro pressuposto da tese:

P1: A perspectiva da ABP, com seu caráter dinâmico e processual, e entendida na lógica do saber-na-prática, empreende um avanço na compreensão das CD.

Ao discorrer acerca da literatura sobre empreendedorismo, Teece (2007) enfatiza que a descoberta e criação de novas oportunidades podem vir de capacidades cognitivas e criativas de indivíduos, necessitando conhecimento

específico, atividade criativa e a “sabedoria prática”. (grifo do autor, p.1323). A construção de CD depende, ainda, que como este conhecimento está sendo construído coletivamente, porque as rotinas organizacionais, incluindo-se aquelas relacionadas à transformações na organização, transcendem os indivíduos envolvidos, pois as capacidades são construídas e renovadas na aprendizagem coletiva derivada de como os seus membros trabalham juntos. (TEECE, 2012).

O elemento posições engloba os ativos que determinam sua postura estratégica: tecnológicos, complementares, financeiros, estruturais, reputacionais, institucionais de mercado e os limites da organização ou o seu grau de integração (vertical, horizontal, lateral). Teece, Pisano e Shuen (1997) destacam os ativos específicos, difíceis de replicar, como o conhecimento; nesta lógica, as práticas coletivas baseadas em conhecimento compartilhado não podem ser replicadas nem explicadas. Lave e Wenger (1991) afirmam que os membros da comunidade usam sua *expertise* dentro de contextos particulares, moldando o conhecimento pelos seus valores e normas, criando fronteiras organizacionais que são significativas com respeito à natureza da coordenação, que pode ser adquirida internamente.

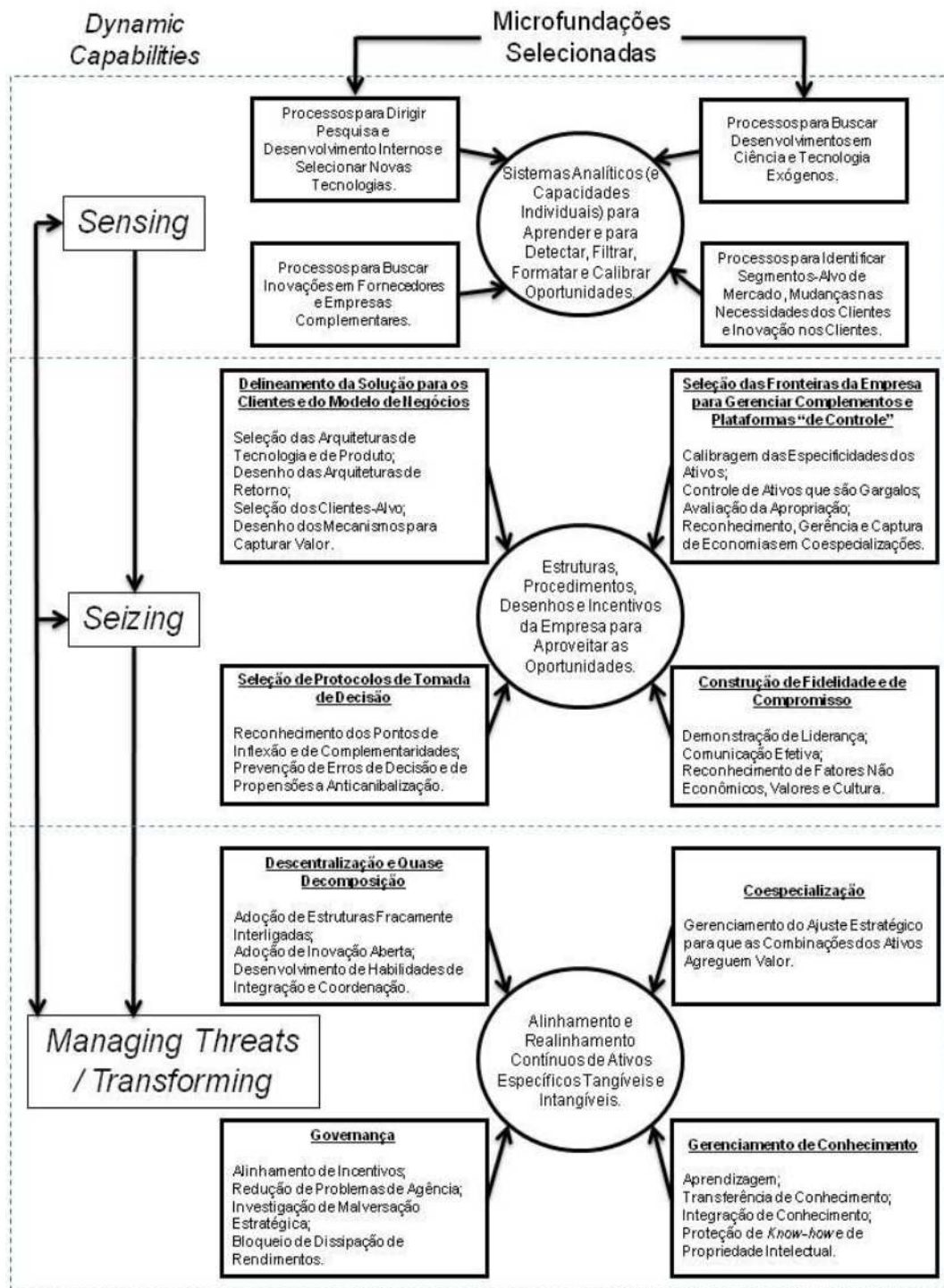
As trajetórias e experiências, as escolhas e o histórico da organização condicionam, de alguma forma, os passos futuros da mesma. Teece, Pisano e Shuen (1997) justificam este postulado afirmando que a aprendizagem tende a ser localizada, e suas oportunidades estão situadas em um contexto, por processos de tentativa, *feedback* e avaliação.

Esta composição das CD por elementos estáticos e dinâmicos recebe críticas de alguns autores, como Schreyogg e Kliesch-Eberl (2007, p.924): “Esta abordagem se assenta em duas lógicas contraditórias: replicação fiel e mudança contínua, duas dimensões que dificilmente combinam”. Estes autores sinalizam para as três abordagens relacionadas às CD: abordagem radical de dinamização, na qual a solução de problemas está mais para um processo *ad hoc* de tomada de decisão, baseada nos conceitos de Eisenhard e Martin (2000); abordagem integrativa, a qual contém elementos estáticos, de coordenar e integrar recursos, e elementos dinâmicos, que são os processos (TEECE; PISANO; SHUEN, 1997); e abordagem de rotinas de inovação, que aponta a melhoria da efetividade por meio de rotinas operacionais e rotinas de inovação. (ZOLLO; WINTER, 2002).

A proposta de Schreyogg e Kliesch-Eberl (2007) para resolver o que chamam de paradoxo é que as duas formas - solução de problemas baseada em rotinas e a

dinamização de capacidades - devem ser contrabalançadas por meio de outra função, a capacidade de monitoração. Ou seja, a evolução e desenvolvimento de uma capacidade organizacional deve ocorrer em uma permanente interação com o ambiente e reflexão sobre a sua prática.

Em 2007, Teece revisita o conceito e didaticamente decompõe as CD em distintas capacidades: *sensing*, que consiste em identificar e avaliar oportunidades e ameaças; *seizing*, significando mobilizar recursos para lidar com estas oportunidades; e *transforming*, que implica continuamente renovar e reconfigurar os ativos tangíveis e intangíveis da organização. Em um estudo empírico, Teece discrimina os microfundamentos destas CD, como mostra a figura 1:



Fonte: Teece (2007), traduzido por Kassab (2011, p.21).

Neste *framework* proposto por Teece (2007), os microfundações elencados, além de serem muitos, são genéricos e apontam para múltiplas direções nas ações dos gestores, o que pode tornar complexa sua operacionalização.

Ainda, estes microfundações são compostos, basicamente, por processos analíticos e racionais que constituem as variáveis e relações chave que “devem ser

‘manipuladas’ para criar, proteger e alavancar os ativos intangíveis e assim obter desempenho superior”. (TEECE, 2007, p. 1341). A lógica aqui está na ação intencional do gestor, que precisa delinear considerações estratégicas e adotar prioridades para melhorar o desempenho da organização. (LIN et al, 2016; HERMANO; MARTÍN-CRUZ, 2016).

A aprendizagem, neste *framework*, é expressa como gestão do conhecimento, constituindo o microfundamento da capacidade de reestruturação (ou *transforming*). Parte-se, também, de uma lógica prescritiva, em uma visão funcionalista e pragmática da aprendizagem, que pode ser manipulada e desenvolvida como um recurso na organização, a partir da ação gerencial.

Utilizando, por outro lado, a ABP como lente, pode-se perceber a aprendizagem como presente nos microprocessos que fundamentam também as outras capacidades discriminadas por Teece (2007): detecção ou varredura (*sensing*) e captura ou apropriação (*seizing*). A aprendizagem, entendida na lógica de fluxo e processo do *knowing*, pressupõe que os membros de um grupo, em suas práticas cotidianas, observam, reconhecem e reportam situações novas, problemas, riscos potenciais e erros, que provocam reflexões e, nas interações, disparam novos comportamentos e conhecimentos são compartilhados (*sensing*). Desta lógica emerge o segundo pressuposto da tese:

P2: A análise dos processos de aprendizagem baseada em práticas, presentes no cotidiano do trabalho de uma organização, aponta para os microfundamentos das CD, embricados nas atividades relativas a percepção ou varredura (*sensing*).

Nas organizações, os seus membros se agrupam em torno das práticas comuns a eles, as quais proporcionam a textura organizacional que cria sentido ao grupo e identidade para a organização (BISPO, 2013). Os membros da equipe de trabalho elaboram as práticas de sua comunidade, por meio das interações, e, ao perceber problemas, riscos potenciais ou erros na assistência podem, por meio de investigação criativa (COOK; BROWN, 1999), propor ideias, elaborar soluções inclusive agregando o novo às práticas, por meio de mudanças nos processos de trabalho, rotinas e configuração de recursos. O terceiro pressuposto da tese está inserido nesta construção:

P3: A análise dos processos de aprendizagem baseada em práticas, presentes no cotidiano do trabalho de uma organização, aponta para os microfundamentos das CD, embricados nas atividades relativas a apreensão ou captura (*seizing*).

A participação competente em uma prática ocorre em interação com outros “práticos”, no ambiente de trabalho (WENGER, 1998; GHERARDI, 2005), e influencia o estilo e forma em que sentido e valor são atribuídos a eventos. Esta participação competente, oriunda da ABP, determina o uso e apropriação de objetos e tecnologias, a adequação de processos e a reconstrução das rotinas da organização. A partir de situações ou problemas elencados coletivamente no trabalho, esta participação competente pode contribuir para que a organização reinvente seus processos, por meio de ideias inovadoras e criativas. Desta lógica emerge a quarta premissa da tese:

P4: A análise dos processos de aprendizagem baseada em práticas, presentes no cotidiano do trabalho de uma organização, aponta para os microfundamentos das CD, embricados nas atividades relativas a mudança, renovação ou reconfiguração (*transforming*).

2.2.3 Os resultados das Capacidades Dinâmicas e o papel dos gestores

As CD podem significar uma interessante perspectiva ou, por que não dizer, uma lente pela qual se pode examinar como as organizações desenvolvem capacidades que são únicas. Orlikowski (2000) argumenta a necessidade de abordar os desafios impostos às organizações com improvisações e processos contínuos, à medida que os indivíduos se deparam com situações novas e inesperadas e aprendem. O conceito de CD está alinhado à perspectiva da organização desenvolver capacidades de alto nível, reconfigurando seus processos de forma a melhor responder às necessidades dos clientes e, portanto, é um constructo útil e necessário para avaliar inovação e adaptação das organizações, incluindo-se as da área da saúde.

Com o argumento que a CD é um padrão estável e aprendido de atividade coletiva, no qual sistematicamente a organização gera e modifica suas rotinas operacionais de forma a melhorar a efetividade, Zollo e Winter (2002) introduzem dois aspectos importantes para a análise de CD que quer se fazer neste estudo: o primeiro é a lógica de coletividade, na concretização das capacidades. Em artigo de 2012, Teece retoma a discussão do papel do gerente no desenvolvimento de capacidades, e argumenta que a função gerencial empreendedora embriada nas CD não está restrita apenas a novas atividades (ou atividades *start-up*) ou a ações de atores individuais, mas também reside em relações sociais dentro da organização. (TEECE, 2012).

O segundo aspecto apontado é o conceito de rotinas. O termo rotinas, apresentado na teoria evolucionária de Nelson e Winter (1982), representa as habilidades da organização. É um termo flexível, que para estes autores compreende um padrão repetitivo de atividades numa organização, uma habilidade individual que permite à organização alterar a sua base de recursos. Na vertente teórica das CD, apresentada por Teece, Pisano e Shuen (1997), as rotinas são apresentadas não como algo estático, mas imbuídas de um caráter dinâmico, mobilizador e flexibilizador de novas práticas e conhecimentos, em um constante movimento de consolidação da busca da excelência no campo das organizações. As rotinas, ainda segundo Nelson e Winter (1982), representam os “genes” das organizações, que em contato com os desafios e mudanças do ambiente, levam a questionamentos, gerando inovação. Zollo e Winter (2002) fazem distinção em dois tipos de rotinas: as operacionais, relacionadas às atividades operacionais e regulares da organização, e as que possibilitam a mudança e renovação destas rotinas operacionais: as CD.

Wang e Ahmed (2007) sugerem uma ordem hierárquica para alguns termos que caracterizam os atributos das organizações, partindo dos recursos como sendo de ordem zero, as capacidades como sendo de primeira ordem, as capacidades essenciais (*core capabilities*) de segunda ordem e, finalmente, as CD de terceira ordem, pois as mesmas envolvem mudança, necessitando da configuração de recursos e mobilização de capacidades para tal. Este debate sobre a relação entre recursos, rotinas e capacidades já foi iniciado por Collis, em 1994, ao abordar o papel das capacidades de alta ordem, que possibilitariam à organização melhor e mais rapidamente inovar. (MEIRELLES; CAMARGO, 2014).

Helfat e Winter (2011) apontam para este tópico, da linha divisória entre capacidades dinâmicas e operacionais, como um dos assuntos não resolvidos na discussão das CD. Para resolver esta questão, os autores afirmam não ser possível estabelecer fronteiras rígidas, pois, em alguma extensão, mudanças estão sempre ocorrendo; não se pode associar uma ou outra apenas a inovações radicais ou novos negócios, e as capacidades podem ser aplicadas tanto para propósitos dinâmicos como operacionais.

Com base em uma revisão de literatura, Tondolo e Bitencourt (2014) argumentam que o desempenho da organização é afetado indiretamente pelas CD. Por um lado, por meio do desenvolvimento e reconfiguração de recursos e capacidades, permite lidar com desafios e as demandas mutáveis do ambiente; por outro, ao afetar os processos organizacionais, contribui para a performance da estratégia competitiva. Para Teece (2007), a base do sucesso de uma organização transcende o fomento à pesquisa e desenvolvimento e a aplicação de melhores práticas, pois estas não constituem, por si só, uma CD; elas até contribuem para a viabilidade da organização, mas não implicam em sucesso competitivo. As CD, de acordo com Teece (2007), são meta-competências que superam as competências operacionais.

Teece (2007) ainda destaca a importância das CD para o entorno da organização, as quais podem moldar o ecossistema que ocupam, desenvolver novos produtos e processos, e criar novos modelos de negócios, ao que ele chama de orquestração. Este ecossistema é formado pela comunidade de organizações, instituições e indivíduos, ou seja, todos que impactam ou sofrem impacto das ações da organização. CD robustas, segundo Teece (2009; 2015), possibilitam à organização gerar mudanças no ambiente de negócios. As inovações em produtos e processos originadas em uma organização tem repercussões no entorno da mesma, contribuindo para a criação de mercados e desenvolvimento de todo um sistema produtivo. No caso das organizações de saúde, os hospitais são complexos provedores de serviços e tem papel fundamental na dinâmica do sistema de saúde em geral. (BARBOSA, 2009). A diversidade de inovações possível em um hospital repercute na dinâmica econômica da cadeia produtiva em saúde (DJELLAL; GALLOUJ, 2005) por meio das relações inter-organizacionais comuns que existem na área de saúde pública, seja introduzindo novos serviços aos clientes, respondendo à demandas legais e sanitárias, desenvolvendo novos protocolos de

pesquisa e assistência ou destacando-se com certificados de acreditação e qualidade.

Em artigo mais recente Teece retoma a definição original de CD: “A habilidade da organização e sua gestão de construir, integrar e reconfigurar competências internas e externas para atender a ambientes complexos e dinâmicos”, acrescentando à mesma “dentro das limitações de certas trajetórias”. (AL-AALI; TEECE, 2014, p.103). Reconhece, portanto, que a história da organização, seus valores e rotinas são importantes para a origem das CD, e que o dinamismo do ambiente tem impacto e, segundo Schilke (2014), um efeito moderador não-linear sobre o desenvolvimento das CD.

De acordo com a definição de Teece, Pisano e Shuen (1997) está a percepção de Ambrosini e Bowman (2009). O termo “dinâmico” utilizado no conceito é entendido na reconfiguração da base de recursos e na capacidade de renovar as competências em um ambiente mutável e complexo. Já o termo “capacidades” destaca o papel chave dos gerentes para manter as CD da organização. Como explica Teece (2007), as habilidades gerenciais necessárias para identificar e avaliar recursos são diferentes das requeridas para mobilizá-los e reconfigurá-los. Os gerentes precisam mais do que habilidades operacionais para construção das CD: “Uma função gerencial importante é obter orquestração de ativos e renovação, incluindo a reformulação de rotinas”. (TEECE, 2007, p.1346).

As habilidades dos gestores têm um importante aspecto empreendedor, e que não devem ater-se à criação de soluções e rotinas "*once-and-for-all*" (ZAHRA; SAPIENZA; DAVIDSSON, 2006, p.911), mas sim continuamente revisitar as capacidades desenvolvidas. Ambrosini, Bowman e Collier (2009) classificam as CD em diferentes níveis, onde o primeiro, chamado de CD incremental, significa a adaptação e ajuste sistemático dos recursos; o segundo nível, da CD de renovação e atualização dos recursos; e o terceiro, a CD de regeneração, por meio de novas maneiras de se modificar estes recursos. O papel gerencial está em aplicar as CD conforme a necessidade percebida, se de adaptação, de renovação ou de criação, bem como mantê-las, o que requer gestão empreendedora e habilidades de liderança. (TEECE, 2007). Dentro desta perspectiva, origina-se o último pressuposto da tese:

P5: Uma importante função gerencial é a orquestração dos ativos e atividades da organização e a renovação e redesenho das rotinas. O reconhecimento e valorização dos microprocessos organizacionais, ou os saberes das práticas, por parte dos gestores, são importantes para a organização se reinventar, reconfigurar seus processos e responder às demandas do ambiente.

2.2.4 O campo de estudo das Capacidades Dinâmicas – direções

O campo de estudos sobre as CD é complexo, composto de sucessivas e distintas abordagens conceituais e até mesmo desconexo, segundo Barreto (2010), o que justifica-se pelo fato de ser, ainda, um constructo jovem e em evolução. As direções divergem em vários aspectos: enquanto alguns teóricos apontam o desempenho da firma como o resultado relevante das CD, outros exploram os processos organizacionais como seus resultados; alguns conceituam CD como aspectos idiossincráticos, enquanto outros as aceitam como semelhanças entre firmas; o foco pode estar na existência das CD, ou no desvelar de seu desenvolvimento e preservação; e, finalmente, alguns pesquisadores relacionam CD à ambientes turbulentos e de rápidas mudanças, enquanto outros aceitam sua possibilidade em contextos mais estáveis. (BARRETO, 2010).

Diversas revisões de literatura foram realizadas, recentemente, acerca das CD. Wang e Ahmed (2007) avaliaram as características comuns das CD em diferentes firmas e apresentaram um modelo que incorpora o dinamismo de mercado como um antecedente, e o desenvolvimento de capacidades e desempenho como resultados das CD. Já Ambrosini e Bowman (2009) dedicaram-se à análise da forma como as CD são desenvolvidas nas organizações, e as repercussões no desempenho e competitividade.

Barreto (2010), por sua vez, introduz um conceito, que chama de multidimensional: “CD é o potencial da organização para sistematicamente resolver problemas, derivado de sua tendência em perceber oportunidades e ameaças, tomar decisões precisas e orientadas para o mercado, e mudar sua base de recursos”. (BARRETO, 2010, p.272). As quatro dimensões do conceito: solucionar problemas, perceber oportunidades e ameaças, tomar decisões e alterar a base de recursos

representam a tentativa do autor em buscar respostas a alguns questionamentos de conceitos anteriores. Porém, acaba sendo reducionista ao direcionar o foco para a solução de problemas e não abranger o impacto das mesmas, tanto na própria organização como no ambiente.

Schreyogg e Kliesch-Eberl (2007) enfatizam que a monitorização reflexiva das capacidades e a prática recursiva das mesmas é essencial para acompanhar sua viabilidade, frente a ambientes mutáveis e imprevisíveis. As CD caracterizam como uma organização desenvolve e aprimora suas forças, as sincroniza com o ambiente de negócios, inclusive podendo moldá-lo em seu favor.

A revisão de Di Stefano, Peteraf e Verona (2010) examina a estrutura de pesquisas em CD e a evolução do domínio em 40 artigos considerados os mais importantes na área, sugerindo que investigar empiricamente a existência e apropriação das CD implica investigar nos lugares certos, ou seja, em contextos onde elas sejam, com maior probabilidade, encontradas.

Por sua vez, Eriksson (2014) revisa 145 artigos empíricos sobre CD, procurando por 3 domínios: antecedentes, processos e resultados, chegando ao desenvolvimento de um *framework*, que tem o conhecimento como processo chave nos resultados das CD, como demonstra a figura 2:

Figura 2 Processos, antecedentes e resultados das CD



Fonte: Eriksson (2014, p.10), tradução da autora.

Mais recentemente, Tondolo e Bitencourt (2014), com o objetivo de contribuir para a compreensão das CD, identificam seus motivadores, processos e resultados,

sinalizando ainda para as diversas possibilidades de pesquisa neste campo, tanto de abordagem quantitativa como qualitativa.

Estas diferentes revisões apontaram para algumas deficiências persistentes, indicando sinais reveladores de que o campo de estudo das CD ainda está em um estágio precoce de desenvolvimento, “não consistindo, ainda, de uma teoria, embora existam, claramente, fundamentos teóricos identificáveis”. (HELFAT; PETERAF, 2009, p.93).

Não há, é importante salientar, como generalizar a efetividade das CD, pois fórmulas genéricas não permitem dar conta de imprevisibilidade e mudança e manutenção da vantagem competitiva. Winter (2003) explica que não há como cobrir todas as contingências, “*there is no general rule for riches*”. (WINTER, 2003, p. 994). Na mesma lógica, Eisenhardt e Martin (2000) sugerem que variação e seleção são dois elementos cruciais na evolução das CD, sendo o primeiro mais apropriado em ambientes moderadamente dinâmicos, e o segundo de maior relevância em ambientes turbulentos, dada a maior dificuldade em escolher que experiências e práticas devam ser generalizadas.

O campo de estudos das CD não precisa de generalizações, e sim, de consolidação, evoluindo sua construção teórica a partir de pesquisas anteriores, de forma estruturada e focada, que abranja não apenas o aprofundamento no constructo principal, mas também nas relações com outras perspectivas, além de suas fronteiras. (BARRETO, 2010).

2.3 A APROXIMAÇÃO ENTRE OS DOIS CONCEITOS: APRENDIZAGEM BASEADA EM PRÁTICAS E CAPACIDADES DINÂMICAS

A partir de Teece, Pisano e Shuen (1997), as publicações sobre as Capacidades Dinâmicas são diversificadas, procurando explicar o conceito, detalhar as origens e a relação com o desempenho das organizações. Da mesma forma, o volume de estudos sobre Aprendizagem Organizacional, neste estudo representada pelas discussões sobre Aprendizagem Baseada em Práticas, é expressivo, e ocorre em diferentes áreas do conhecimento. A relação, porém, entre estes dois constructos não está clara. Easterby-Smith, Lyles e Peteraf (2009) destacam a necessidade de pesquisas longitudinais e em diferentes contextos para melhor compreensão deste *link*.

Na perspectiva das CD, a aprendizagem é vista como um processo organizacional que compõe a própria CD, um processo dependente do contexto e que leva à criação e renovação de rotinas, competências e capacidades da organização. Aprendizagem, nesta lógica, é um processo crítico pois permite a aquisição do conhecimento organizacional e a composição das competências essenciais.

A tese empreende, portanto, um desafio significativo: parte de duas vertentes teóricas que não “conversam”, pois estes constructos tem suas raízes em diferentes terrenos, a gestão estratégica, no caso das CD, e a sociologia, na ABP, o que implica em visões diferentes da organização, e talvez, até, paradoxais. Por outro lado, pode representar uma visão mais dinâmica e inovadora do binômio saber e trabalho nas organizações, pois permite devolver o papel central para a construção do conhecimento no fazer e na interação, diferente do modelo funcional e cognitivista imperativo na área. (ANTONELLO; GODOY, 2011). Ainda, possibilita ver, neste protagonismo, oportunidades para a organização aprimorar seus processos, adaptar-se às necessidades e demandas do ambiente e reinventar-se, quando necessário.

Peci (2005), entretanto, ao rejeitar a dicotomia presente entre subjetividade e objetividade nos estudos organizacionais, abre espaço para uma nova perspectiva, a de superar as fronteiras disciplinares e metodológicas para o avanço teórico. Clegg e Hardy (1996), da mesma forma, argumentam em seu conhecido *Handbook* sobre Aprendizagem que os estudos organizacionais se desenvolvem por meio de conversações entre diferentes vertentes.

A chamada incomensurabilidade de paradigmas, visão apresentada no *framework* de Burrell e Morgan (1979), é refutada por autores como Crossan, Maurer e White (2011) ao revisar o seu reconhecido artigo que apresenta os “4 Is” da aprendizagem organizacional, e consiste em um modelo teórico que contempla Intuição, Interpretação, Integração e Institucionalização, abrangendo três níveis: indivíduo, grupo e organização. (CROSSAN; LANE; WHITE, 1999; CROSSAN; MAURER; WHITE, 2011). Nesta revisão, os autores defendem que a aprendizagem organizacional transcende os paradigmas e, inclusive, traz a oportunidade de integrá-los. O argumento apresentado é que diferentes orientações podem auxiliar a responder algumas questões acerca dos constructos. Estabelecer um caráter

rizomático, olhando para as várias direções, é a intenção da aproximação entre os dois constructos teóricos.

Um dos autores que procura estabelecer uma conexão entre aprendizagem, gestão do conhecimento e CD é Mark Easterby-Smith, da Universidade de Lancaster, no Reino Unido. Um fato interessante é que este autor foi um dos responsáveis por encorajar a realização conjunta de duas diferentes conferências, uma sobre Aprendizagem e outra sobre Capacidades e Competências, integrando-as na OLKC (*Organizational Learning, Knowledge, and Capabilities International Conference*), realizada bianualmente com a participação da comunidade acadêmica. (VERA, 2009). Em artigo de 2008, este autor traz a análise desta relação por meio de um *framework* que sinaliza as conexões e fronteiras dos constructos, porém destaca que persistem lacunas para desenvolvimento de teoria a respeito. (EASTERBY-SMITH; PRIETO, 2008).

Dentre as sugestões apresentadas no artigo, os autores destacam a necessidade de realização de novos estudos sobre o tema, enfatizando a superioridade de abordagens qualitativas sobre as quantitativas, pois fornecem maior descrição dos processos das organizações e possibilitam a melhor compreensão do fenômeno e suas relações. A sugestão é que mais trabalhos empíricos possam testar as relações implícitas no seu *framework*, que chamam de integrativo. (EASTERBY-SMITH; PRIETO, 2008).

Neste modelo, a relação entre os dois constructos aparece na forma de 3 pontos sobrepostos: (1) processos de aprendizagem sustentam tanto a gestão do conhecimento como as capacidades dinâmicas; (2) o equilíbrio entre os processos de *exploration* (ou exploração, no sentido de desenvolver novas capacidades) e *exploitation* (significando aproveitamento das capacidades já existentes) é crítico para a gestão do conhecimento e para a manifestação das capacidades dinâmicas; e (3) uma infraestrutura de gestão do conhecimento possibilita o desenvolvimento de capacidades dinâmicas.

O modelo apresentado (Figura 3) delimita os campos de interesse do estudo dos autores, apontando relações e pontos sobrepostos. O argumento sobre a relação entre os dois constructos é que as capacidades de aprendizagem tem um papel mediador entre a gestão do conhecimento e as capacidades dinâmicas.

Figura 3 Conectando Gestão do Conhecimento e Capacidades Dinâmicas



Fonte: EASTERBY-SMITH; PRIETO (2008, p.243), tradução da autora.

Salienta-se o fato de que, neste *paper*, os autores não estão tratando de Aprendizagem Baseada em Práticas (ABP), mas sim de Gestão do Conhecimento (GC), que entende o conhecimento como um recurso estratégico das organizações e que pode ser criado, utilizado e transferido. Observa-se, também, que Easterby-Smith e Prieto (2008) abordam a aprendizagem como um processo, subjacente às CD e GC, no qual o balanço entre *exploration* e *exploitation* é uma escolha estratégica importante. Para estes autores, as CD são evidenciadas quando a organização simultaneamente explora (no sentido de criar o novo, de pesquisar) e aproveita (no sentido de utilizar o que já existe) o conhecimento e as competências.

Este modelo remete ao modelo de aprendizagem mútua (MARCH, 1991), no qual o argumento é que o conhecimento, as crenças e códigos das organizações são compartilhados para os indivíduos de várias formas, e em contrapartida os códigos organizacionais são adaptados às crenças e saberes dos indivíduos. Desta forma, o balanço entre os mecanismos de *exploration* e *exploitation* envolve decisões em curto e longo prazo e também ganhos individuais ou organizacionais. A crítica que se faz a este modelo, que se insere no paradigma racional e funcionalista, é o fato de apresentar a AO dentro de uma perspectiva cognitivista (BISPO; MELO, 2012), e não sociocultural. O modelo de March (1991) não leva em

conta as interações, a socialização dos saberes dos indivíduos que ocorre nas interações diárias, um dos pressupostos da ABP.

O modelo de Easterby-Smith e Prieto (2008) apresenta a relação entre os constructos dentro de uma ótica chamada de **epistemologia da posse** (COOK; BROWN, 1999), na qual o conhecimento é entendido como algo que os indivíduos e grupos possuem. A outra forma de abordar é pela **epistemologia da prática**, na qual o conhecimento é compreendido como algo que os indivíduos, grupos ou organizações fazem. As duas formas “tem um papel a desempenhar, dependendo dos tipos de conhecimento e tarefas envolvidas”. (EASTERBY-SMITH; PRIETO, 2008, p.241).

Porém, nesta tese a proposta é buscar a aproximação com a **vertente da epistemologia da prática**, entendendo a aprendizagem como processual e situada social, histórico e culturalmente, sendo um fenômeno coletivo e reflexivo. Nesta lógica, alguns pressupostos são essenciais, e distintos de outras abordagens de cunho funcionalista: o aprender torna-se o saber-na-prática, algo que acontece na ação, tornando-se a aprendizagem a própria transformação e a conservação das práticas.(AZEVEDO, 2013). Desta forma, é possível perceber as capacidades da organização de uma forma mais fluida e emergente, criando pontes entre as diferentes formas de conhecimento, “O que permite que se analisem tanto os aprimoramentos quanto as inovações e, mais, que se estude o aprender - e as tensões nele envolvidas - para aparentemente não mudar”. (AZEVEDO, 2013, p.49). Aprender, nesta lógica, significa a participação competente em uma prática, transformando ou perpetuando um conhecimento e produzindo e reproduzindo microprocessos organizacionais. Esta é uma questão importante em se tratando do contexto empírico desta pesquisa, que se volta para organizações de saúde. Hospitais são organizações complexas, que compreendem diversos atores desempenhando e reconstruindo diariamente diferenciadas práticas, algumas voltadas para a redundância, reforçando rotinas, mas também outras direcionadas para a constante adaptação e renovação de tecnologias e processos de trabalho. (BIAZZI, 2012).

O artigo de Easterby-Smith e Prieto (2008) admite a dificuldade em fazer conexão explícita entre AO e CD, relacionada ao que os autores chamam de “natureza distribuída da adoção dos discursos, por diferentes comunidades,

abordando ideias em formas diferentes”. (p.245). Responder a este desafio foi, portanto, um dos esforços desta tese.

Publicações que exploram as associações entre aprendizagem e CD são fartas, como a de Easterby-Smith et al (2008), já mencionado anteriormente. O quadro a seguir apresenta, de forma sintética, algumas destas associações:

Quadro 4 Aprendizagem e Capacidades Dinâmicas: associações na literatura

AUTORES	APRENDIZAGEM E CAPACIDADES DINÂMICAS
Teece, Pisano, Shuen (1997)	Aprendizagem como um processo específico subjacente às CD.
Zott(2003)	Aprendizagem como um atributo relevante em termos de desempenho para as CD.
Eisenhardt, Martin (2000); Winter (2003)	Mecanismos de Aprendizagem guiam a evolução das CD, intrinsecamente enraizadas nos processos de aprendizagem.
Zollo, Winter (2002)	CD como resultado da Aprendizagem e intrinsecamente enraizadas nos processos de aprendizagem.
Easterby-Smith, Prieto (2009)	Processo de Aprendizagem elemento central na criação e renovação de CD; CD e Gestão do Conhecimento como campos de pesquisa sobrepostos .
Prieto, Easterby-Smith (2006)	Formas de aprendizagem e conhecimento que são transmitidos via interações sociais, podem ser fonte de CD .
Schreyögg, Kliesch-Eberl (2007)	As CD, na forma de rotinas de inovação, emergem dos processos de aprendizagem na organização.
Chen, Lee (2009)	CD como um conjunto de padrões e atividades implementadas via aprendizagem .
Ambrosini, Bowman (2009); Menon (2008); Cavusgil, Seggie, Talay (2007)	Aprendizagem como um dos processos compreendidos nas CD.

Fonte- A autora.

Observa-se nesta leitura que a aprendizagem pode ser vista como elemento constituinte, como um processo subjacente, como fonte criadora ou ainda como atributo das CD. Estas aparentes divergências comprovam a avaliação de Zaidi e Othman (2012) acerca da perspectiva das CD, que, embora em estudo há quase 20 anos, ainda representa um conceito novo, e, por conseguinte, sujeito a diferentes argumentações, não conclusivas, nem exaustivas.

As CD ainda podem ser consideradas “elementos invisíveis” e quase imperceptíveis na maior parte das organizações. Neste sentido, esta tese traz importante contribuição, indicando que a ABP pode auxiliar na compreensão dos processos envolvidos na criação, manutenção e disposição das CD, os seus microfundamentos.

2.3.1 Buscando a aproximação dos conceitos em publicações

Com o objetivo de explorar a aproximação entre os dois constructos, foi realizada uma busca em periódicos nacionais e internacionais por publicações que trouxessem como lente teórica as CD e também ABP.

O levantamento bibliográfico foi realizado por meio do EBSCO *services*¹, não sendo feita exclusão devido ao critério de fator de impacto, visto que, desde o início da procura, foi constatado o baixo número de publicações. Utilizando-se o descritor CD associado com os descritores ABP, aprendizagem situada, comunidades de prática, participação periférica legitimada e *knowing* e utilizando-se como limitadores o período de publicação de 2003 a 2015, revistas acadêmicas analisadas por especialistas e a disponibilidade de texto na íntegra, foram encontradas 56 ocorrências. A escolha dos descritores mencionados acima foi feita para procurar abranger as diversas correntes teóricas dentro da perspectiva da ABP, apontadas por Antonello e Godoy (2011).

Após a leitura de todos os textos na íntegra, foram selecionados apenas 21 que realmente discutiam de alguma forma a relação entre ABP e CD. Os artigos descartados continham os descritores, porém não apontavam ou sugeriam alguma relação entre as perspectivas teóricas.

A leitura dos artigos permitiu classificar os achados em quatro categorias como forma de tornar mais didática a análise. As categorias elencadas associando ABP e CD foram:

- Aprendizagem experiencial individual - Aqui, o foco era destacar o “aprender fazendo” como fonte de CD, porém numa perspectiva individual;
- O foco na atividade humana - os artigos inseridos dentro desta categoria de alguma maneira procuram resgatar ou destacar o papel dos atores nos processos de criação das CD;
- Conhecimento tácito como diferencial - os aspectos tácitos, não articuláveis do saber, são elementos que dão uma característica distinta à organização, e podem configurar-se como elementos das CD;
- Críticas e construções da aproximação entre os conceitos - quais os limitadores e riscos para uma aproximação entre estes constructos? Alguns autores trazem argumentos alertando para estas possibilidades.

¹ Plataforma online que permite o acesso a bases de dados e periódicos.

A seguir, os principais argumentos dentro destas categorias serão apresentados.

2.3.1.1 Aprendizagem Baseada em Práticas e as Capacidades Dinâmicas:

Aprendizagem experiencial individual?

Apenas 3 publicações enquadraram-se nesta categoria: o estudo empírico de Vera e Salge, que originou dois artigos distintos (VERA; SALGE, 2011; SALGE; VERA, 2013) e o estudo de Isidro Filho e Guimarães (2010). Estes artigos fundamentalmente colocam a ABP como sendo uma CD incremental, que possibilita melhorias contínuas, sem alterar a base de recursos. O argumento é que aprender, trabalhar e inovar são fortemente relacionados e até inseparáveis, e a ABP representa as rotinas que a organização cria para responder a demandas internas e externas.

Baseada em conhecimento tácito e situado, a ABP para Vera e Salge (2011) é expressa em 3 rotinas: detectar problemas- que estaria dentro da lógica apontada por Gherardi e Nicolini (2001) sobre os momentos de *breakdown* que provocam reflexão e desencadeiam processos de aprendizagem; sugerir idéias- quando confrontados com um problema, os indivíduos na organização posicionam-se e agem, usando de criatividade e reflexão; e participação em mudanças- utilizando como fundamento a “participação competente na prática”, ideia de Wenger (1998, p.137), defendem que clima, estruturas e estratégias devem permitir o desenvolvimento de iniciativa e engajamento dos indivíduos nas mudanças. Estas 3 rotinas, segundo os autores, são essenciais para modificar ou mesmo transformar os processos dentro da organização, respondendo às demandas do ambiente, constituindo-se, portanto, em CD.

O risco apontado na análise deste artigo é que, embora apresente fundamentos teóricos da ABP, transparece uma perspectiva de aprendizagem como aquisição ou desenvolvimento individual, separando-o do coletivo. Flach e Antonello (2011) criticam algumas concepções de aprendizagem no trabalho, geralmente baseadas no modelo experiencial de Kolb, de 1984 (PIMENTEL, 2007), que vê o desenvolvimento da aprendizagem em 3 níveis: aquisitivo, especializado e integrativo, e tem seu foco no processo individual. Porém, a perspectiva da ABP

considera aprendizagem não separando o individual do coletivo, a mente do corpo e o pensar do fazer, e compreendida, segundo Flach e Antonello (2011, p.164):

“no emergir de relações e interações das pessoas com os elementos sociais e materiais de contextos particulares. Assim, ‘contexto’ é considerado em termos de suas divisões do trabalho e relações de poder, ambiente, cultura, linguagem, dentre outros”.

Corroborando esta lógica, em um estudo realizado no cenário de pequenas empresas de turismo canadenses e americanas, Reinl e Kelliher (2015) destacam que o contexto social e a atuação em rede são relevantes para a aprendizagem e o desenvolvimento de capacidades.

O estudo de Vera e Salge (2011) fundamenta-se tanto nos autores das perspectivas socioculturais da aprendizagem, como em autores da literatura de inovação, a exemplo de Jensen et al (2007) que trazem o modelo “*learning-by-doing*” ou “*Doing, Using and Interacting (DUI)*,” vendo a aprendizagem como motor de inovação e os processos internos da organização detendo grande impacto sobre o desenvolvimento e exploração de novas e existentes formas de conhecimento. A crítica para este pressuposto está no foco dado para o aspecto funcional e resolutivo do conhecimento, visto como *commodities*, e o retrato reducionista de que a aprendizagem ocorre nos momentos que o indivíduo se depara com mudanças e problemas.

Contraopondo-se a estas análises, na ABP o conhecimento é produzido ou transformado pelos indivíduos em suas ações, não de forma estática e reacional, mas contínua e imbricada em suas ações ordinárias. Feldmann e Orlikowski (2011) falam da alavanca de aprendizagem, oriunda do estudo das práticas, que pode levar tanto para mudanças como para manter e fortalecer práticas existentes, e que não é exógena, mas “baseada na microdinâmica das interações cotidianas, destacando-se a importância das ações de todos os participantes, de forma coletiva”. (FELDMANN; ORLIKOWSKI, 2011, p.1250).

O artigo de Isidro Filho e Guimarães (2010) também destacou o “aprender fazendo” como relacionado à noção de CD, dentro de uma ótica produtiva, na qual as rotinas, construídas a partir da experiência, podem conduzir à melhoria e inovação. Concorde-se com o argumento de que a aprendizagem experiencial é uma das formas que contribui para o desenvolvimento de capacidades individuais; porém, a aprendizagem no local do trabalho ocorre no que Brown e Duguid (1991)

chamam de teias de participação, por meio de interações e reflexões coletivas e não está restrita a situações problema ou desencadeada de maneira intencional, mas pode emergir de forma não deliberada. Ao procurar-se a aproximação da ABP com as CD, avança-se na ideia de que todas as experiências dentro da organização, tanto positivas como negativas, são oportunidades para aprendizagem, pois as capacidades estão em contínuo desenvolvimento.

É possível que estas questões nebulosas sejam explicadas pela pluralidade do termo “práticas”, no senso comum, explicadas como a constante repetição de atividades, ou como o modo que as atividades são realizadas. (CORRADI; GHERARDI; VERZELLONI, 2010). Para entender prática na perspectiva da ABP é preciso retomar o conceito atribuído por Gherardi (2005, p.34): “Defino prática como uma maneira relativamente estável no tempo e socialmente reconhecida de ordenar fatores heterogêneos em um conjunto coerente”.

Para melhor entender este conceito, a autora especifica alguns elementos desta prática: os seus aspectos holísticos e qualitativos (ou seja, a ênfase não está no conjunto de atividades que compõe uma prática, mas sim em como estas atividades ganham forma dentro de um contexto específico ou ação situada); a sua relação com temporalidade (a reprodução destas práticas é um processo aberto e interativo, que preserva constantes e simultaneamente introduz a mudança); seu reconhecimento social (práticas são padrões de atividades institucionalizadas por contínuas negociações e reconstituições entre os indivíduos, de forma recursiva); e representam um modo de ordenação, à medida em que são performadas (ou seja, embora de caráter mutável, dão constância porque estão embricadas em uma rede de práticas, ancoradas umas nas outras).

A relação da prática, assim apresentada, com o conhecimento, é para Gherardi (2005, p.38) uma relação de equivalência, significando que “*practising is knowing in practice*”. Na ideia do saber-na-prática (*knowing in practice*), saber e aprender não estão distantes da ação do cotidiano, mas acontecem no fluxo da experiência, da negociação, da comunicação, na inovação, nos conflitos, na interpretação e na história, ou seja, são parte da experiência humana. *Knowing*, segundo Azevedo (2012, p.25), não tem tradução possível, e não é algo que reside na mente do indivíduo, mas “tem relação com a prática, tanto de continência (acontece dentro das práticas situadas), de mútua constituição (as atividades de *knowing* e *practising* não são fenômenos distintos e separados) e equivalência”. A

prática é, portanto, o que une o saber ao fazer. (GHERARDI, 2008; NICOLINI; MONTEIRO, 2016).

A grande contribuição desta perspectiva de ver aprendizagem e o conhecimento como realizações práticas nas organizações é o reconhecimento dos aspectos mais reflexivos da aprendizagem, menos intencionais e instrumentais. Segundo Kellog et al (2006) a maneira como as práticas acontecem nas comunidades reflete entendimentos e relações, e não cálculos racionais de eficiência.

2.3.1.2 Aprendizagem Baseada em Práticas e as Capacidades Dinâmicas: O foco na atividade humana

A ênfase, nesta categoria, é dada ao papel dos atores na criação e sustentação das CD. Foram identificadas 12 publicações que deram destaque ao papel do indivíduo nesta aproximação dos conceitos: o trabalhador no cotidiano e no emergir de relações e interações; seu comprometimento, o significado que dá ao trabalho, os interesses comuns que mobilizam comunidades de praticos, seus valores pessoais, criatividade e emoções. (BALBASTRE; MORENO-LUZON, 2003; GARUD; KUMARASWAMY, 2005; BRESNEN; GOUSSEVSKAIA; SWAN, 2005; THORPE et al, 2005; ELMULALIN; GOVENDER, 2008; LEIPONEN, 2006; GOUSSEVSKAIA; ARRUDA; VAZ, 2008; LEE et al, 2011; CROSSAN; MAURER; WHITE, 2011; NAG; GIOIA, 2012; FRIESL, 2012; WECHOWSKA, 2015).

O diferencial apresentado nestes artigos é a ideia do indivíduo como peça chave na geração de conhecimento, que por meio de interações e relações lida com situações cotidianas, usando corpo, mente, emoções, sentidos, objetos, linguagem, movidos por interesses e vontades. (GHERARDI, 2009a). Desta forma, o conhecimento construído na ABP é algo único, inimitável, pois é sempre emergente, em movimento e dinâmico, consistindo de ordem e desordem, construção e desconstrução de processos, o *knowing in organizing*. As capacidades, nesta perspectiva, não estão separadas da prática, mas estão imbricadas à ação humana reflexiva e coletiva.

Eisenhardt e Martin (2000) explicam que mecanismos de aprendizagem dependentes de trajetória definem a criação e desenvolvimento de CD,

questionando como e por que a experiência e algumas ações dos indivíduos, em atividades concretas, estão ligadas aos resultados estratégicos. Nesta abordagem microdinâmica, é possível entender como as CD aparecem nas organizações, como são exploradas e, finalmente, qual o impacto do contexto em seu desenvolvimento. Entender a aprendizagem como situada e a produção do conhecimento, originado por meio de negociações e descontinuidades, como heterogêneo e fragmentado, é um pressuposto de origem microinteracionista, e que vem ao encontro da possibilidade de existirem “organizações mais versáteis e dinâmicas em ambientes de incerteza e volatilidade que exigem respostas cada vez mais rápidas às demandas que surgem”. (BISPO; GODOY, 2012, p.699).

Dar a devida atenção e foco na atividade humana, no poder e no papel que tem os “práticos” em modelar suas atividades de acordo com suas escolhas e julgamentos e revelando seus *insights*, identidades, paixões, personalidades e identificação com a prática, é uma das contribuições da ABP, para Antonacopoulou (2008). Isto dá um caráter distintivo à organização, por meio de suas práticas e de seus saberes, e por estar em constante movimento, criando, renovando, transformando capacidades, tem relação com a perspectiva das CD.

2.3.1.3 Aprendizagem Baseada em Práticas e as Capacidades Dinâmicas:

Conhecimento tácito como diferencial

A proposta de Michael Polanyi, em 1966, sobre conhecimento tácito, aquele intuitivo, do cotidiano, experimental, difícil de se formalizado e explicado foi base para a abordagem de Nonaka e Takeuchi (1997) que apresentaram diferentes dimensões quanto à forma do conhecimento organizacional: explícito e tácito (JOIA; LEMOS, 2009). Dentro desta discussão, 3 artigos foram selecionados (SCHREYROGG; KLIESCH-EBERL, 2007; EASTERBY-SMITH; PRIETO, 2008; AMBROSINI; BOWMAN, 2009).

O primeiro, de Schreyrogg e Kliesch-Eberl (2007), traz o argumento de que as capacidades são mais que conhecimento explícito, pois abrangem múltiplas dimensões de uma ação; citando Cook e Brown (1999), estes autores falam da contribuição da dança generativa entre elementos explícitos e tácitos para o desempenho da organização. Já para Ambrosini e Bowman (2009) as CD emergem da co-evolução de processos de acúmulo de experiências tácitas com articulação e

codificação de conhecimento explícito. O ciclo de evolução do conhecimento é que permite às organizações mudarem o modo como as coisas são feitas. No artigo de Easterby-Smith e Prieto (2008), para analisar a potencial convergência, complementaridades e sobreposições entre CD e gestão do conhecimento, os autores desafiam para a compreensão dos aspectos tácitos do saber, citando autores das perspectivas socioculturais de aprendizagem, como Lave e Wenger (1991), Nicolini, Gherardi e Yanow (2003) e Cook e Brown (1999).

A questão, entretanto, a ser posta nesta discussão, é que, enquanto alguns pesquisadores apoiam a visão de que o conhecimento tácito possa ser convertido para explícito, outros consideram esta discussão como vencida, pois o mesmo se encontra dentro de uma ótica de linearidade e reducionismo. (COLLINS, 2001; NICOLINI; GHERARDI; YANOW, 2003; TSOUKAS, 2011; HENRIKSON; KUREK, 2011).

Dentro da perspectiva da ABP, o saber é produto das interconexões entre diferentes conhecimentos, em diferentes níveis, seja tácito, explícito, individual e coletivo. Saber é, portanto, dinâmico, mediado por relações e interações, enquanto que “conhecimento, seja implícito ou explícito, é abstrato e prático, podendo ser usado em uma ação”. (HENRIKSON; KUREK, 2011). Superar os dualismos e paradoxos que tendem a ser apresentados como posições irreconciliáveis e reconhecer a coexistência do tácito/explícito é uma das possibilidades da perspectiva da ABP. (ANTONACOPOULOU, 2008).

Dentro da perspectiva das CD, Teece, Pisano e Shuen (1997) argumentam que a vantagem competitiva requer a coexistência e valorização tanto do uso de capacidades já existentes (*exploitation*) como a criação de novas (*exploration*). Ao superar esta dicotomia e ressaltar as dinâmicas e as tensões, na chamada dança generativa das práticas, permite-se a estabilidade e a mudança, abrindo espaços e criando articulações entre as diversas formas de conhecimento. Aí reside uma das contribuições da ABP para o entendimento e visibilidade das CD, que tem recebido críticas acerca de sua possível rigidez.

2.3.1.4 Aprendizagem Baseada em Práticas e as Capacidades Dinâmicas: críticas e construções

Pontos de vista mais críticos à aproximação das perspectivas da ABP e CD foram sinalizados em 3 publicações: Os *working papers* de Ferdinand et al (2004) e de Antonacopoulou et al (2005) e o artigo de Corradi, Gherardi e Verzelloni (2010).

Ferdinand et al (2004) trazem ao debate alguns cuidados a serem observados quando se propõe a aproximar os conceitos. A primeira é em relação ao que os teóricos da VBR (Visão Baseada em Recursos), de onde originou-se a perspectiva das CD, chamam de conhecimento. Este ponto já foi trazido anteriormente nesta tese, no sentido em que se o transformamos em *commodities*, renegamos seu caráter dinâmico, coletivo e socialmente construído.

A segunda crítica de Ferdinand et al (2004) é em relação a incorporar nesta discussão aspectos sociais e também políticos - como o poder e as decisões estratégicas interferem na construção deste saber nas práticas. Gherardi (2005), de uma certa forma, responde ao debate sobre estas questões apresentando a concepção relacional de poder da Teoria Ator-rede (LATOUR, 2012), como algo que é exercitado; um efeito, e não uma causa. A metáfora da translação evoca poder e distribuição de conhecimento, a disseminação de significados e de processos de aprendizagem. O poder é que mantém as conexões juntas, um recurso que permite o estabelecimento de associações que interlaçam e materializam a textura do campo de práticas.

E a terceira questão elencada por Ferdinand et al (2004) é acerca da metodologia empregada: como pesquisadores, precisamos fazer escolhas por caminhos metodológicos que possibilitem visualizar a fluidez, descontinuidade, interconectividade e complexidade dos fenômenos relacionados às práticas. Gherardi publicou, em 2013, o resultado dos estudos desenvolvidos pelo seu grupo de pesquisas da Universidade de Trento, na Itália, acerca da metodologia em estudos organizacionais sobre a ABP. Não tendo a intenção de ser prescritivo, visa estabelecer um diálogo com os interessados em estudar as práticas de trabalho, destacando a sensibilidade necessária a este propósito. Desde o início, o texto sinaliza que para dirigir o olhar para as práticas, é preciso entender a organização como uma textura ou rede de práticas que se estendem interna e externamente à

organização. Prática não é vista como uma unidade, mas como conectividade em ação, com elementos humanos e não humanos.

Isto é relevante ao se tratar de metodologias de pesquisa, que acrescentam, à textura do *knowing in practice*, mais elementos não humanos, como gravador, vídeo, além de outras ferramentas. (GHERARDI, 2013). Esta autora ainda reforça a dificuldade, em um estudo empírico, de abranger o fluxo de relações organizacionais dentro desta perspectiva das práticas, especialmente no meio acadêmico, impregnada com técnicas e modelos racionalistas de pesquisa, não adequados para a natureza interpretativa do tema.

O *working paper* de Antonacopoulou et al (2005) apresentou uma visão mais dinâmica do fenômeno de renovação ou mudança, como sendo emergente, complexo e inacabado, consistente com a ideia de Tsoukas e Chia (2002), já discutida anteriormente. A crítica dos autores é que os estudos que visam integrar estes campos – mudança organizacional, AO e CD - devem atentar para as tensões sociopolíticas, como forma de melhor compreender como emergem as interconexões entre estruturas, agência e artefatos. Somente desta forma os diferentes aspectos de organização e o *organizing* poderão ser compreendidos. (ANTONACOPOULOU et al, 2005).

E, finalmente, uma crítica contundente acerca da aproximação entre os conceitos é apresentada por Corradi, Gherardi e Verzelloni (2010). Ao revisar os caminhos já percorridos pelos estudos de ABP e as possibilidades futuras, estes autores preocupam-se que, na esteira de popularidade desta perspectiva, apropriações sejam feitas sem o devido cuidado e reconhecimento do poder crítico da lente prática. Uma divisória deve ser estabelecida, segundo os autores, entre aqueles que usarem o senso comum no entendimento das práticas (aqui citando estudos da VBR – Visão Baseada em Recursos - e CD) e aqueles que realmente compreenderam a definição crítica do *organizing*.

2.3.1.5 Limitações, desafios e possibilidades na aproximação dos conceitos

As publicações selecionadas buscaram identificar estudos relacionando ABP e CD dos últimos dez anos. Na análise mais detalhada dos mesmos, percebe-se, entretanto, que embora tenham citado e analisado alguns fundamentos da ABP, em

muitos o enfoque escorregava para um viés funcionalista e cognitivista. Esta tendência é explicada pela forte influência positivista predominante na academia acerca de Aprendizagem, que só mais recentemente avançou para um olhar sociocultural e coletivo para o fenômeno, entendendo-se a ABP como uma destas vertentes socioculturais.

Uma segunda explicação pode ser a própria característica de ambas as perspectivas, ABP e CD, ainda estarem em fase de consolidação e por que não dizer, clarificação. Peteraf, Di Stefano e Verona (2013) destacam que o campo de estudos das CD está sendo construído socialmente, e os elementos idiossincráticos das CD devem ser estudados. Deste argumento pode-se avançar no pressuposto da tese: A perspectiva da ABP, com seu caráter dinâmico e processual, empreende um avanço na compreensão das CD, a partir da análise mais detalhada dos microfundamentos.

Sobre as CD, Wang e Ahmed (2007) fazem algumas críticas, afirmando que persistem argumentos contraditórios na literatura, e que “resta ser esclarecida a definição das CD”. (WANG; AHMED, 2007, p. 33). Peteraf, Stefano e Verona (2013) analisam as duas principais construções teóricas sobre o tema, de Eisenhardt e Martin (2000) e de Teece, Pisano e Shuen (1997), já citadas nesta tese; ambas, de lógica internamente consistente, tem diferenças em seus fundamentos, seus pressupostos acerca da natureza das CD, utilizam diferentes argumentações chegando, finalmente, a diferentes conclusões. E esta situação, originada pela falta de conversação crítica entre as partes, faz com que a teoria não avance em todo o seu potencial para a academia e para a prática. (PETERAF, DI STEFANO, VERONA, 2013).

A revisão permitiu constatar também o predomínio de estudos publicados no exterior sobre a aproximação entre as perspectivas ABP e CD, pois somente um artigo era originado de pesquisadores brasileiros. Antonello e Godoy (2011) ao elaborar a Cartografia da Aprendizagem Organizacional no Brasil evidenciaram que muitas pesquisas não são publicadas, embora apresentadas em eventos científicos da área da Administração, como os ENANPADs e ENEOs (Encontro da ANPAD- Associação Nacional de Pós-graduação e Pesquisa em Administração e Encontro da Divisão de Estudos Organizacionais da ANPAD, respectivamente).

Finalmente, observou-se nos artigos selecionados o predomínio de estudos empíricos realizados em nível organizacional e interorganizacional, quando seria

extremamente rico lançar o olhar sobre o “chão de fábrica” e atentar para a microdinâmica das interações e relações que permeiam o ambiente de trabalho. A atenção para o que acontece no cotidiano e o melhor entendimento desta microdinâmica poderia significar um avanço nos estudos empíricos sobre as CD, trazendo à luz aspectos como criatividade, improvisação e construção coletiva de saberes e a relação destes aspectos com renovação, regeneração e reconfiguração dessas capacidades organizacionais.

A conversação entre diferentes áreas nos estudos de Administração pode, de acordo com Antonacopoulou et al (2005), permitir a melhor apreciação das convergências e incompatibilidades e informar sobre diferentes aspectos da organização e do *organizing*, “não só repensando fenômenos organizacionais como mudança, aprendizagem e CD, mas também auxiliando no repensar radical da organização e estudos organizacionais”. (ANTONACOPOULOU et al, 2005, p.40).

O alerta de Corradi, Gherardi e Verzelloni (2010) sobre a apropriação crítica dos conceitos é, certamente, muito necessário. Muitas vezes, na tentativa de aproximar proposições teóricas, o pesquisador pode perder-se numa complexa teia de constructos e, portanto, não avançar na construção do conhecimento científico. Porém, cautela deve ser equilibrada com “calculadas doses de coragem”, sem as quais novas trilhas não são desbravadas. A proposta de analisar a contribuição da ABP para o desenvolvimento e visibilidade das CD em organizações de saúde sinalizou, desde cedo, tratar-se de um grande desafio, mas algumas trilhas e possibilidades que ampararam a aproximação destas diferentes vertentes teóricas foram desveladas, ao longo das leituras e construção desta tese.

Nesta pesquisa, o **alinhamento entre as duas vertentes** reside em **olhar para os saberes embricados nas práticas** coletivas cotidianas (ABP), aqui entendidos como os **microprocessos organizacionais**, e compreender a **contribuição destes para as CD** da organização. A lógica é que estes microprocessos, dinâmicos e coletivos, evidenciam a percepção de problemas e oportunidades (*sensing*), a tomada de decisão pelas melhores soluções e ideias (*seizing*) e a adequação ou inovação dos processos de trabalho e rotinas (*transforming*) constituindo-se, portanto, em microfundamentos das CD, a partir de um olhar sobre os saberes das práticas organizacionais.

De modo a sintetizar os principais autores pesquisados sobre CD e ABP, bem como a relação entre os objetivos e pressupostos da pesquisa, segue o quadro 5:

Quadro 5 Apresentação dos objetivos, pressupostos de pesquisa e principais autores pesquisados

Objetivos	Pressupostos	Referenciais teóricos principais	
		Autores das CD	Autores da ABP
Geral- Analisar as contribuições da ABP para o desenvolvimento e visibilidade das CD no contexto das organizações de saúde	1. A perspectiva da ABP, com seu caráter dinâmico e processual, e entendida na lógica do saber-na-prática, empreende um avanço na compreensão dos microfundamentos das CD	Teece, Pisano e Shuen (1997); Teece (2007); Easterby-Smith et al (2008; 2012)	Antonacopoulou et al (2005);Antonacopoulou (2008); Feldmann e Orlikowski (2011);Bispo, Godoy (2012)
a. Identificar e descrever os processos de aprendizagem que acontecem no desenvolvimento das práticas de trabalho; c. Identificar os microprocessos embricados nas atividades relativas a identificação de potenciais ameaças e oportunidades	2. A análise dos processos de aprendizagem baseada em práticas, presentes no cotidiano do trabalho de uma organização, aponta para os microfundamentos das CD, embricados nas atividades relativas a percepção ou varredura (<i>sensing</i>).	Teece (2007); Vera e Salge (2011); Salge e Vera (2013)	Gherardi e Nicolini (2001); Vera e Salge (2011) Salge e Vera (2013)
a. Identificar e descrever os processos de aprendizagem que acontecem no desenvolvimento das práticas de trabalho; c. Identificar os microprocessos embricados nas atividades relativas a apropriação das possibilidades de mudança e oportunidades	3. A análise dos processos de aprendizagem baseada em práticas, presentes no cotidiano do trabalho de uma organização, aponta para os microfundamentos das CD, embricados nas atividades relativas a apreensão ou captura (<i>seizing</i>).	Teece, Pisano e Shuen (1997); Teece (2007);	Cook, Brown (1999); Bispo (2013); Vera, Salge (2011) Salge, Vera (2013)
a. Identificar e descrever os processos de aprendizagem que acontecem no desenvolvimento das práticas de trabalho; c. Identificar os microprocessos embricados nas atividades relativas a remodelação e transformação de processos e recursos	4. A análise dos processos de aprendizagem baseada em práticas, presentes no cotidiano do trabalho de uma organização, aponta para os microfundamentos das CD, embricados nas atividades relativas a mudança, renovação ou reconfiguração (<i>transforming</i>).	Teece, Pisano e Shuen (1997); Teece (2007)	Vera, Salge (2011) Salge, Vera (2013); Wenger (1998); Gherardi (2005)
b. Conhecer a percepção de diferentes atores acerca das situações de aprendizagem baseada em práticas da organização; d. Elencar os microprocessos mais significativos para o desenvolvimento das CD da organização.	5: Uma importante função gerencial é a orquestração dos ativos e atividades da organização e a renovação e redesenho das rotinas. O reconhecimento e valorização dos microprocessos organizacionais, ou os saberes das práticas, por parte dos gestores, são importantes para a organização se reinventar, reconfigurar seus processos e responder às demandas do ambiente.	Teece, Pisano e Shuen (1997); Teece (2007); Ambrosini, Bowman (2009); Ambrosini, Bowman e Collier (2009); Teece (2009; 2015); Peteraf, Stefano e Verona (2013)	Schreyogg e Kliesch-Eberl (2007)

Fonte: A autora

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

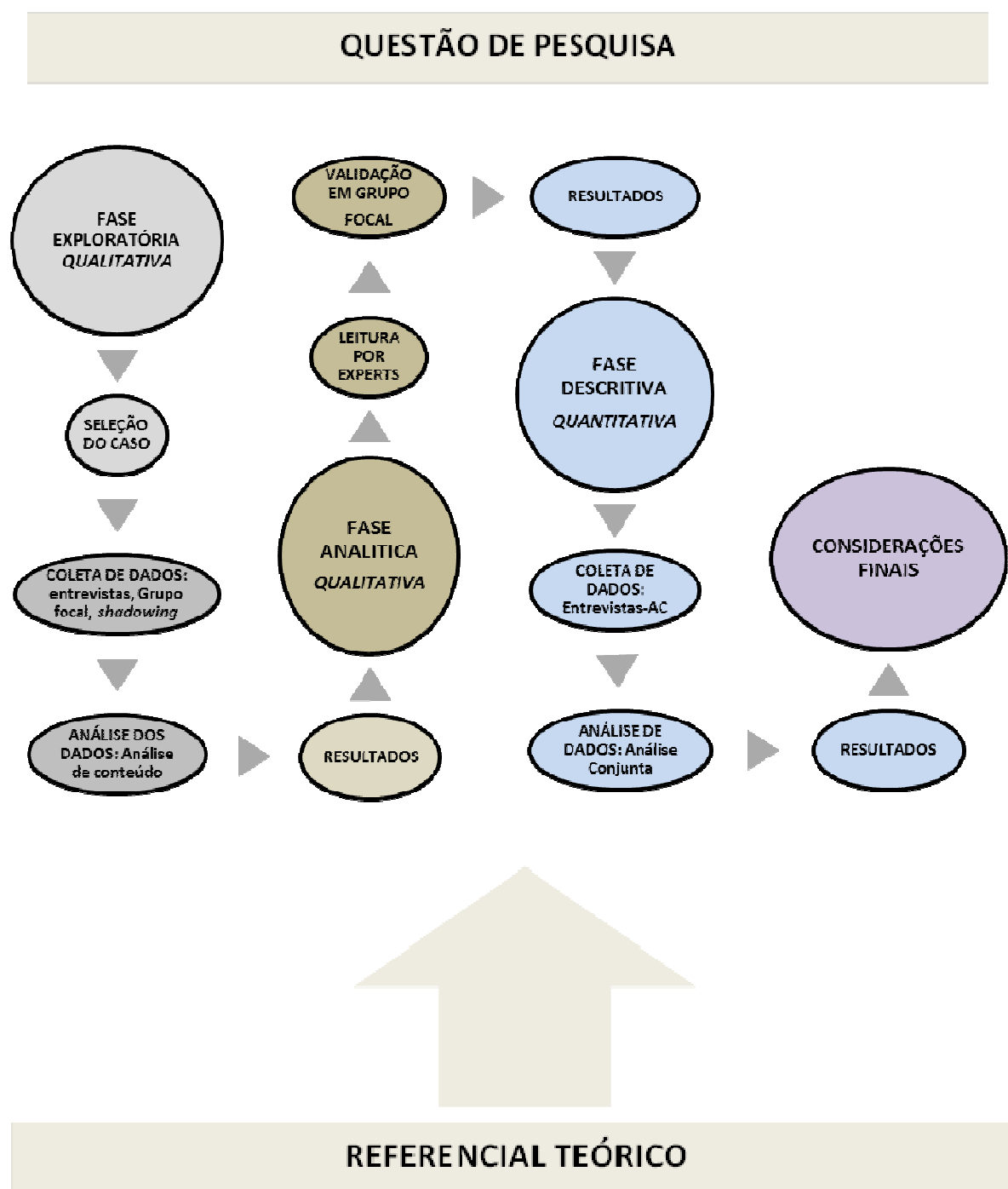
Uma pesquisa é tanto uma arte, que carrega contradições, surpresas e emoções, como um exercício metodológico (DAFT, 1983). A escolha metodológica para o entendimento de fenômenos complexos e dinâmicos como a ABP e as CD é um desafio. Segundo Peteraf, Di Stefano e Verona (2013), os pesquisadores devem considerar o caráter contingencial, fluido, idiossincrático e dinâmico dos processos que acontecem nas organizações, para melhor compreender as CD. Metodologias de pesquisa que possibilitem acompanhar os atores nas organizações, em suas interações e construções coletivas dos saberes, podem permitir melhor entendimento da microdinâmica e conseqüentemente representar um avanço nos estudos empíricos.

Um desafio a ser enfrentado, em relação a questão metodológica para analisar a contribuição da ABP para as CD, está na natureza interpretativa do fenômeno. Por isso, é positiva a sugestão de Easterby-Smith e Araújo (1999) e Gherardi (2013) para a escolha de etnografia, análise do discurso e outros métodos linguísticos, com ênfase para o emprego de formatos narrativos. Realizar uma pesquisa sobre aprendizagem tomando como lente a ABP requer ainda, segundo Azevedo (2013), congruência entre os constructos de conhecimento e aprendizagem utilizados na pesquisa e aqueles que ele opera na realização da pesquisa, pois “também o pesquisador está em um campo de práticas- e de práticos”. (AZEVEDO, 2013, p.47).

Para atingir os objetivos desta pesquisa, faz-se necessária a escolha por um caminho que é construído ao longo da tese, constituído de diferentes fases, porém interdependentes. Optou-se por um estudo de cunho qualitativo - quantitativo, de metodologia exploratória de abordagem qualitativa (na primeira fase), analítica de abordagem qualitativa (na segunda fase), e descritiva quantitativa (na terceira fase), por meio da estratégia do estudo de caso do tipo interpretativo. (WALSHAM, 1995). É relevante destacar que o estudo foi sendo elaborado, do ponto de vista metodológico, em uma lógica de construção, de forma sistemática, na qual cada fase alimentava a subseqüente. Esta escolha metodológica justifica-se pelos objetivos do trabalho, que buscou apreender a contribuição da ABP para desenvolvimento e visibilidade das CD, tendo como base as situações específicas da organização e localidade que compõem o estudo proposto, com um referencial

teórico previamente firmado. A figura 4 ilustra, de forma sintetizada, o desenho da pesquisa:

Figura 4 Desenho da pesquisa



Fonte: A autora

O estudo de caso foi selecionado como método para atender ao propósito do estudo, que concentra-se em um fenômeno organizacional complexo, focaliza-se em acontecimentos contemporâneos e do cotidiano, nos quais não são possíveis manipulações de comportamentos e tem como questão de pesquisa o “como”. (YIN, 2010). A investigação do estudo de caso envolve coleta de dados em profundidade (CRESWELL, 2007) e baseia-se em diversas fontes de informações e evidências, com os dados convergindo numa triangulação, representando uma estratégia de pesquisa abrangente, cuja generalização não se refere a população, mas sim às premissas teóricas (generalizações analíticas).

O modelo de estudo de caso de Yin, entretanto, recebe a crítica de estar dentro de um paradigma positivista, considerando uma certa independência entre o pesquisador e o objeto de estudo. (DINIZ et al, 2006). Nesta tese, porém, considerando-se a complexidade do fenômeno organizacional a ser estudado, alguns dos pressupostos norteadores de estudo de caso segundo Yin foram também considerados, mas optou-se pelo posicionamento epistemológico do interpretativismo, no qual realidade e conhecimento são construções sociais e tem significados compartilhados. (WALSHAM, 2006). De acordo com Walsham (1995), métodos interpretativos de pesquisa podem conduzir a uma melhor compreensão do contexto e dos processos, e as entrevistas realizadas em múltiplas visitas ao campo constituem as principais fontes de dados, pois permitem que o pesquisador tenha acesso às interpretações dos entrevistados.

A escolha de uma **abordagem de pesquisa qualitativa exploratória** para a primeira fase deste estudo deve-se, também, ao destaque que proporciona à análise de microprocessos, procurando compreender os significados e experiências, por meio do estudo das ações sociais individuais e coletivas, realizando um exame aprofundado dos dados. Tem a característica de ser flexível e dinâmica, podendo sofrer alterações nos métodos ao longo da coleta de dados e aceitar a heterodoxia no momento da análise. (MARTINS, 2004; CAPRARA; LANDIM, 2008). O caráter exploratório permite explicitar e proporcionar maior entendimento de uma determinada situação e contexto, a partir de uma combinação de perspectivas e métodos de pesquisas, de forma a contemplar o “máximo possível de aspectos distintos de um mesmo problema”. (FLICK, 2009, p. 105). No caso desta tese, das iniciativas de ABP dentro de uma organização e sua contribuição para as CD.

Foram, ainda, observadas as orientações de Gherardi (2005) para o que chama de “estudo de caso espiral”, uma estratégia de pesquisa qualitativa originada dentro dos estudos baseados em prática, que busca entender e interpretar as práticas do cotidiano em suas interconexões. Esta estratégia, inserida dentro do corpo de literatura acerca de estudos de caso, preconiza a descrição dos processos observados e permite analisar o fenômeno em todos os seus níveis: individual, coletivo e organizacional, como interconectados em ação. A estratégia foca na compreensão “da dinâmica presente dentro de ambientes interconectados, preservando o caráter unitário do objeto social sendo estudado”. (GHERARDI, 2010, p.883).

A escolha pelo estudo de caso espiral implica que, embora seja concebido como um caso único, ele é composto de diversas unidades de análise, sendo que o objeto de estudo é a textura de práticas individuais, grupais e organizacionais dentro de um território circunscrito que geram respostas e provocam impactos, tornando-se institucionalizadas. O que Gherardi (2005) chama de textura é a série infinita de relações e ações coletivas que continuamente se movem em direção as outras, consistindo em atributos e competências que dão características singulares à organização, e a distingue. O estudo de caso espiral como estratégia para escolha do caso deveu-se, principalmente, porque permite compreender como a ABP, partindo de microprocessos desencadeados no cotidiano, pode contribuir para a institucionalização de *expertises*, para as mudanças, inovações e, portanto, para o desenvolvimento de CD da organização.

Após a fase exploratória, extremamente rica e densa, a **fase analítica** teve como propósito sintetizar e também validar os principais achados, de forma a identificar os constructos essenciais que foram analisados e descritos na fase seguinte. Diferente da primeira fase, onde o olhar para estes microprocessos era a partir da prática, com o viés da equipe operacional, a fase analítica recebeu também o olhar da gestão intermediária.

O estudo de **cunho descritivo, na terceira fase**, possibilitou a descrição do fenômeno dentro de um contexto realista, por meio da técnica de Análise Conjunta. (HAIR et al, 2009). Estas estratégias, exploratória, analítica e descritiva, se sobrepõem, de forma a atender ao objetivo de, inicialmente, conhecer com maior profundidade os processos, para depois analisá-los e descrevê-los.

Dada a complexidade do processo de elaboração da pesquisa, dividida em fases distintas mas interdependentes, optou-se, nesta tese, por apresentar essa breve descrição das fases (para que se tenha uma ideia geral da tese) que serão retomadas oportunamente de maneira mais detalhada. Portanto, apresenta-se a seguir a seleção do caso, e na sequência, descreve-se cada fase separadamente, com seus procedimentos metodológicos, como as técnicas de coleta e de análise dos dados, finalizando com os aspectos relativos a confiabilidade e validação. A ideia é possibilitar, ao leitor, que acompanhe o processo de construção da tese e a lógica que a permeia.

3.1 SELEÇÃO DO CASO

O primeiro passo envolvido na operacionalização da tese foi a definição do campo e unidade de análise, o ajuste do projeto (após a avaliação pela banca de qualificação) e também compreendeu a perspectiva ética da pesquisa, pelo fato da mesma ter sido realizada no contexto da saúde.

Esta pesquisa foi construída dentro dos princípios previstos na Resolução 466/2012, e o projeto foi submetido à avaliação dos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) da organização hospitalar escolhida e da Universidade do Vale dos Sinos (UNISINOS), por meio da inscrição na Plataforma Brasil. A Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), baseada nos principais protocolos internacionais sobre pesquisas e direitos humanos, tem como objetivo maior a avaliação ética de projetos de pesquisa, garantindo três princípios básicos: a beneficência, o respeito à pessoa e a justiça. O texto desta Resolução aponta para o fato de que pesquisas “em qualquer área de conhecimento envolvendo seres humanos deverão observar estas exigências”. (BRASIL, 2012, Art III.2, p.3).

A todos os participantes da pesquisa foi entregue um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (apêndices A e B), garantindo a confidencialidade dos dados e a manutenção do anonimato, sendo que por este motivo algumas informações sobre o perfil dos participantes são omitidas na apresentação dos resultados na tese. Os dados coletados foram utilizados apenas para fins desta pesquisa, e tanto os registros como as gravações de entrevistas serão mantidos em arquivo, sob guarda da pesquisadora, por 5 anos, sendo depois descartados.

Embora não tenham sido coletados dados de pacientes, nem os mesmos foram expostos em nenhuma fase da pesquisa, a recomendação acerca do preenchimento de TCLE foi seguida, e cuidados como a supressão de gravação, em alguns momentos, foram observados. Somente após liberação do CEP da organização de saúde na qual foi realizado o estudo, e da autorização das chefias das áreas, foi iniciada a coleta de dados.

Para a realização desta tese, foi necessária a escolha de um campo e unidade de análise. Optou-se por um estudo de caso único incorporado, por ser representativo e constituir-se de um caso típico do fenômeno de aprendizagem em um hospital público de grande porte, no qual os processos a serem observados fornecem muitas informações e *insights* sobre o tema a ser desvelado. (YIN, 2010).

Quanto ao caso escolhido e unidades de análise, para Flick (2011), as decisões sobre escolha dos casos e unidades nas pesquisas qualitativas tem diferentes objetivos, quais sejam identificar situações, casos ou atores que sejam únicos, ou mais desenvolvidos, ou ainda que possuam maior experiência e prática do que outros, podendo se tratar de diferentes níveis: pessoas, grupos, eventos ou locais.

Nesta tese, a organização hospitalar que serviu como contexto empírico do estudo foi selecionada considerando-se como critérios (1) o reconhecimento da qualidade de seus serviços por meio de critérios de avaliação internos e também externos, como a recente certificação pela *Joint Commission International – JCI*, que é o órgão internacional que avalia a qualidade de organizações de saúde, conferindo certificações; (2) as distintas práticas de inovação em saúde, que constituem modelo de gestão e inovação para a rede de hospitais públicos do país; (3) a validação de seu modelo de gestão pelos Ministérios da Saúde e da Educação, ao apontá-lo como referência para a construção da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) a qual compõe um conjunto de ações empreendidas pelo Governo Federal no sentido de recuperar os hospitais vinculados às universidades federais. Cabe destacar o uso, em todo o Brasil, do Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários – AGHU, que consiste em um sistema de gestão hospitalar, com foco no paciente, adotado como padrão para todos os hospitais universitários federais da rede EBSERH, a partir da sua criação no hospital em estudo. O aplicativo contribui na padronização das práticas assistenciais e administrativas dos hospitais

universitários federais e auxilia na criação de indicadores que norteiam os programas de melhorias em todo o país. (BRASIL, 2015).

Outro critério para a seleção deste caso foi o fato de (4) possuir iniciativas inovadoras de aprendizagem voltadas às equipes multiprofissionais. (5) O caráter público da organização também foi uma escolha proposital, na medida em que o mesmo tem grande representatividade no estado e país em termos de abrangência assistencial e capacidade operacional. Constitui-se, portanto, na escolha de um caso peculiar (LOBLER et al, 2014), mas que considera a natureza global dos programas de aprendizagem e gestão, configurando-se, portanto, em um projeto holístico. (YIN, 2010).

A organização escolhida, doravante chamada de “Hospital”, é uma organização hospitalar de ensino, terciária e pública. A característica de hospital terciário, geralmente com vínculo a uma universidade, implica em disponibilizar serviços de maior complexidade tecnológica e requer equipes de alta performance. O fator hospital público o distingue das organizações privadas em vários aspectos, como o impacto de forças políticas e burocracias (BOYNE, 2002) no fenômeno da aprendizagem organizacional (BAPUJI, CROSSAN, 2004). Considerada uma organização de grande porte, com capacidade instalada/ocupacional de 845 leitos, recebe 80% de seus recursos do Sistema Único de Saúde (SUS). Caracterizada por ser uma Empresa Pública de Direito Privado, faz parte da rede de hospitais universitários do Ministério da Educação. Sua missão institucional é prestar assistência de excelência e referência com responsabilidade social, formar recursos humanos e gerar conhecimento.(XAVIER; BATISTA, 1997). Trata-se de uma organização considerada modelo de gestão pelo Governo Federal, e classificada como hospital nível 1 pela Organização Nacional de Acreditação (ONA).

Dentro deste Hospital, a unidade de análise escolhida para a realização da pesquisa foi a unidade assistencial de serviços cirúrgicos, selecionada dada suas características de dinamismo, inovação em tecnologias e processos de trabalho ágeis e diversificados. Este tipo de unidade é considerado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA - como uma das unidades de maior complexidade em uma estrutura hospitalar, decorrente de suas características e assistência especializada, e considerada uma estrutura dentro de uma macroestrutura hospitalar (SOBECC, 2013), e um “sistema sociotécnico estruturado, administrativo e

psicossocial [...] sendo considerado um dos setores de maior importância no contexto institucional”. (SOBECC, 2013, p. 123).

Destina-se, em essência, à realização de procedimentos anestésico-cirúrgicos de pequeno, médio e grande porte e, pelas suas características físicas e alta demanda de procedimentos, é considerada área crítica, oferecendo riscos aos usuários e trabalhadores. Ainda, as unidades de serviços cirúrgicos, ao mesmo tempo que representam grandes geradores de receita nos hospitais, lidam com elevados custos operacionais, associados à complexidade das atividades e diversificação de procedimentos realizados, que incorporam cada vez mais tecnologias, requerendo planejamento eficaz nos processos operacionais e gerenciais. (PERROCA; JERICO; FACUNDIM, 2007; RIBEIRO et al, 2009; CASTRO; CASTILHOS, 2013).

É importante, ainda, destacar a relevância dos eventos adversos no cenário da assistência à saúde, em específico nesta área de serviços cirúrgicos. Distinto das complicações oriundas da assistência hospitalar, o evento adverso é “uma lesão ou dano não intencional causado ao paciente pela intervenção assistencial, e não pela doença de base”. (AMAYA, 2009, p.10). Os eventos adversos mais comuns e que implicam severa repercussão na vida dos pacientes e na sociedade são os eventos relacionados a terapêutica, como erros diagnósticos, erros cirúrgicos, como a realização de procedimentos em pacientes errados ou em partes do corpo erradas, objetos esquecidos no corpo durante cirurgias, surgimento de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), as quedas dos pacientes dentro do ambiente hospitalar, dentre outros. (ANVISA, 2013; 2015).

A grande evolução destas unidades hospitalares, que são complexos centros de serviços intensivos em conhecimento (SALGE, VERA, 2011) e tecnologias, implica um balanço delicado entre a demanda cada vez maior de procedimentos, com aumento de produtividade, e a preocupação com a segurança do paciente. A atenção maior que tem sido dada à questão da segurança e eventos adversos na assistência à saúde tem origem, inicialmente, na repercussão de um relatório do *Institute of Medicine*, órgão da Academia Nacional de Medicina dos Estados Unidos, publicado em 1999 e que trata sobre o impacto dos eventos adversos no aumento das complicações, mortalidade, período de internação dos pacientes além das repercussões sociais e econômicas. (STELFOX et al, 2006). O aumento de publicações internacionais sobre o tema segurança do paciente e a criação de

diretrizes pela Organização Mundial de Saúde (WHO,2008) acabaram por desencadear a criação de políticas públicas de monitoramento e controle de eventos adversos.

Entretanto, mesmo com o esforço nacional e internacional no combate aos eventos adversos, a incidência dos mesmos continua crescendo e está descrita em diversos estudos multicêntricos (LANDRIGAN et al, 2010; ADHIKARI, 2013; BAINES et al., 2013), apontando para a necessidade de medidas potentes e criativas. As pesquisas de Rafter et al (2015) e de Adhikari (2013), em hospitais americanos, apontam para aproximadamente 10% das internações nos hospitais como associadas a um evento adverso, sendo a maioria passível de prevenção.

No Brasil, o Ministério da saúde implantou o Programa Nacional de Segurança do Paciente apenas em 2013, seguindo as diretrizes mundiais sobre o tema. Um estudo longitudinal de Mendes et al (2009), mostrou que a incidência de pacientes com eventos adversos foi similar a dos estudos internacionais, porém com maior proporção de eventos evitáveis. O impacto destes eventos na economia dos serviços de saúde é muito significativo no Brasil, desviando fundos que poderiam ser investidos em aprimoramento tecnológico e desenvolvimento de pesquisas. (PORTO et al, 2010). Para Mendes et al (2013), estes dados demonstram que as ações disponíveis nos protocolos internacionais de cuidado seguro devem ser disponibilizadas e discutidas com os profissionais da saúde, de forma efetiva e dinâmica, e precisam compor a lista de prioridades de investimento dos gestores.

O segundo motivo que pode justificar a maior atenção ao tema é o momento histórico que a maioria dos hospitais privados e públicos brasileiros está atravessando, que passa pelo imperativo de entrarem no rol das organizações acreditadas pela *Joint Comission International* (JCI) e, portanto, serem reconhecidas como organizações “seguras”. No período de coleta dos dados desta tese, o Hospital estava passando por diversos ajustes de processos internos, envolvendo intenso esforço coletivo, culminando, após quatro anos de preparação, com a acreditação internacional concedida pela JCI.

Atendendo a algumas das demandas apontadas pela JCI, o Hospital também intensificou ações educativas das equipes assistenciais, com treinamentos mais frequentes e reprodução de protocolos baseados nas diretrizes internacionais, valorizando investimentos na área da segurança do paciente. Medidas inovadoras que agregam valor para o cuidado tem repercussões sociais e econômicas (SOUSA;

UVA; SERRANHEIRA, 2010), e dependem de saberes das práticas, os quais, se compartilhados e valorizados, podem direcionar a tomada de decisão para ações prioritárias.

A seguir, serão apresentadas as fases distintas, mas interdependentes da pesquisa, com a descrição dos participantes e os procedimentos utilizados para coleta de dados.

3.2 FASE EXPLORATÓRIA QUALITATIVA

Na fase exploratória qualitativa, a ideia principal foi conhecer os processos de ABP da organização e identificar os microprocessos ou práticas, a partir das percepções de vários atores, direta ou indiretamente envolvidos nas atividades cotidianas e analisar como as interações e as práticas são construídas na vida cotidiana em circunstâncias concretas do trabalho. Esta etapa teve o propósito de conhecer melhor a organização, entendendo que o desenvolvimento das CD está imbricado nas suas rotinas e processos, os quais por sua vez são moldados pelos seus posicionamentos e suas trajetórias.

3.2.1 Participantes da pesquisa e coleta de dados

A partir da aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), o estudo foi desenvolvido dentro de um campo de práticas, numa ótica processual, como afirma Czarniawska-Joerges (2007, p.9): “Os pesquisadores das organizações vão ao campo para investigar como o *organizing* e as descrições e narrativas são produzidas”.

Em relação aos participantes da pesquisa na fase exploratória qualitativa, os dados foram coletados com atores de formações e profissões diversas no Hospital, todos ligados à equipe operacional da unidade de serviços cirúrgicos. A escolha pela equipe operacional, nesta fase, deve-se à perspectiva de olhar para os microprocessos que ocorrem no cotidiano, as práticas e como os atores aprendem, elaboram e compartilham seus saberes.

Um teste piloto foi realizado com dois participantes, com o propósito de avaliação e refinamento do roteiro de entrevistas, que sofreu alguns ajustes. Além

disso, a necessidade de melhor explicação e maior detalhamento acerca do significado do tema da tese e seus objetivos foram sugeridos pelos participantes, o que contribuiu para a elaboração do roteiro final.

Participaram 23² membros da equipe de enfermagem da unidade de serviços cirúrgicos, com formação superior (enfermeiros) e formação técnica (técnicos em enfermagem). Em se tratando de uma organização hospitalar, é relevante explicar a escolha por esses atores, chamados de participantes da pesquisa.

Pelos dados do DIEESE (Departamento Intersindical de Estatística e Estudos socioeconômicos - <http://www.dieese.org.br/>) é uma das 20 ocupações que mais geraram empregos formais no Brasil em 2010. No Brasil, segundo o Conselho Nacional de Saúde, a enfermagem é uma das 16 profissões de saúde, sendo seu exercício profissional regulamentado pela Lei 7.498/1986. (PIRES, 2009). Dados da previsão 2016 do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) estimam que o Brasil possui 206.481.232 habitantes. Acompanhando o crescimento populacional está a área da Enfermagem, que contabiliza cerca de 1,7 milhão de trabalhadores, segundo dados do Conselho Federal de Enfermagem. (<http://www.cofen.gov.br/enfermagem-em-numeros>).

A equipe de enfermagem, formada por duas categorias, enfermeiros (profissionais de nível superior) e técnicos (profissionais de nível médio), é dimensionada de acordo com a Resolução nº 293/04 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Dentre os critérios recomendados do COFEN, a distribuição percentual do total de profissionais de enfermagem é baseada na distribuição da carga de trabalho entre as categorias profissionais que compõem a equipe. Em estudo recente, Fugulin et al (2011) apresentaram a proporção de horas atribuídas aos enfermeiros como sendo inferior à daquelas atribuídas aos técnicos e auxiliares de Enfermagem. Este modelo de divisão de trabalho da enfermagem ocorre pelas características de diferentes saberes e responsabilidades, porém, há uma forte interdependência e complementaridade dos profissionais.

A assistência direta dentro dos hospitais, nas 24 horas do dia, é prestada por equipes multiprofissionais; entretanto, o contato mais prolongado e próximo dos pacientes é feito pela equipe de enfermagem. No dia a dia, são estes profissionais que lidam diretamente com as necessidades dos pacientes e em muitas vezes são

² Os dois membros da equipe de enfermagem que participaram do teste piloto, um enfermeiro e um técnico, foram excluídos na contagem final.

os primeiros a deparar com situações críticas, devem tomar as primeiras decisões e resolver problemas *ad hoc*. Embora trabalhem dentro de protocolos científicos rígidos, estes profissionais baseiam-se em improvisação, em saberes tácitos, aprendidos nas situações cotidianas e na experiência com veteranos para lidar com as constantes mudanças e desafios do cotidiano.

Uma característica da profissão da enfermagem, no Brasil, é a carga horária semanal de 36 horas, o que permite aos profissionais trabalhar em duas instituições diferentes, realizando a mesma atividade. Observa-se, entretanto, distintas formas de fazer, diferentes práticas laborais nas instituições, embora o ensino formal nestas áreas seja padronizado, de acordo com protocolos predeterminados. Outra característica é que o trabalho destes profissionais ocorre em equipe, cada um executando funções específicas, mas em conjunto prestando o chamado cuidado assistencial, formado por inúmeras atividades com paciente e família, visando a prevenção de agravos, promoção e recuperação da saúde mental e física dos pacientes, que são os clientes das organizações hospitalares. Estas características, aliadas a outras, tornam este trabalho único, dotado de características distintivas e que, em conjunto com outros aspectos da assistência, formam a essência do cuidado em cada instituição.

A enfermagem, ainda, é a profissão presente em todas organizações assistenciais de saúde, sendo que na rede hospitalar atua nas 24 horas, nos 365 dias do ano. “Estes dados, por si só, já demonstram que a qualidade das ações de enfermagem interfere, diretamente, na qualidade da assistência em saúde”. (PIRES, 2009, p.2). A articulação das ações e a comunicação efetiva torna o trabalho da enfermagem uma atividade de equipe, respeitando-se as especificidades das funções. Enquanto os enfermeiros desenvolvem ações de caráter gerencial, como a organização do processo de trabalho e dos recursos, cabe aos técnicos a maior parte das atividades assistenciais e o cuidado direto ao paciente. Os técnicos de enfermagem, portanto, são os profissionais que passam a maior parte do tempo em contato direto com os pacientes, nas 24 horas, sete dias por semana. Para garantir qualidade e segurança na assistência à saúde, é fundamental o desenvolvimento contínuo destes profissionais, por meio da aprendizagem reflexiva e participativa.

Por fim, cabe destacar que, dentre todos os profissionais inseridos no universo do cuidado multidisciplinar à saúde, a enfermagem ocupa um espaço privilegiado, em termos de tempo de dedicação e contato com os pacientes, inserção em

diferentes cenários da assistência e interface com os serviços de apoio. Pesquisa recente (MACHADO, 2015) conduzida pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz) e dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apontam que a área de saúde no Brasil compõe-se de um contingente de 3,5 milhões de trabalhadores, dos quais cerca 50% atuam na enfermagem. Trata-se de uma categoria presente em todos os municípios, fortemente inserida no SUS e com atuação nos setores público, privado, filantrópico e de ensino.

Nesta fase exploratória, os dados foram coletados também com 1 auxiliar administrativo da unidade, profissional com formação de nível técnico que participa de vários processos operacionais essenciais na unidade. Transitando por diversos espaços na organização, atua como elemento de apoio entre a gestão intermediária e as equipes assistenciais, realizando diversas atividades, como a identificação, internação e acolhimento dos usuários (pacientes) e familiares, o controle dos prontuários para faturamento, solicitação de estoque de materiais e medicamentos, dentre outras.

Para conhecer melhor as iniciativas da organização acerca de aprendizagem, participaram ainda 1 profissional do Serviço de Educação Permanente, que é o órgão designado para desenvolver, acompanhar e avaliar as ações educativas no âmbito do trabalho, e que atende às mais recentes políticas de educação em saúde do Ministério; e 1 profissional do Grupo de Gestão de Risco, serviço responsável por coordenar ações de segurança do paciente e avaliação de eventos adversos. Estes dois serviços tem estreita ligação com as equipes assistenciais, prestando apoio em várias atividades cotidianas, e transitam também entre as equipes operacionais e a gestão intermediária.

Cabe ressaltar que a atenção não esteve no ator individual, mas nas práticas e nos processos de interação e também nos eventos relacionados à aprendizagem, às ações relacionadas a gestão de riscos e prevenção de eventos adversos, pela importância deste último nas organizações de saúde e convergência com questões relacionadas à qualidade e gestão dos serviços.

Em relação à forma de seleção dos participantes, os mesmos foram buscados de forma aleatória, por sorteio simples do número de cartão ponto, incluindo tanto aprendizes (há menos de 1 ano na função) como veteranos (há mais de 10 anos na função), e que aceitaram participar da pesquisa.

Para melhor compreender as práticas de aprendizagem que ocorrem nas organizações, este estudo, na fase exploratória, teve natureza etnográfica (ANGROSINO, 2009), no sentido de que foram necessárias observações cuidadosas de comportamentos vividos, utilizando-se de diversas técnicas de coleta de dados.

Em primeiro, foram realizadas 17 entrevistas detalhadas, com um método personalizado (o pesquisador foi tanto participante como observador), multifatorial (fazendo uso de múltiplas técnicas de coleta), dialógico (no qual as observações podem ser lidas e discutidas com informantes) e holístico (procurando oferecer um retrato abrangente do grupo). A entrevista, técnica de pesquisa predominante nas abordagens qualitativas, foi realizada nesta tese da forma tradicional (FLICK, 2011), com base em um roteiro com questões norteadoras (contempladas no apêndice D) solicitando que os participantes, de forma narrativa, articulassem suas percepções sobre os tópicos.

O tempo médio das entrevistas foi de 20 minutos, com mínimo de 18 e máximo de 45 minutos. A coleta de dados foi conduzida no próprio ambiente e horário de trabalho dos participantes, respeitando-se as condições oferecidas (suspendendo-se as entrevistas quando da demanda de trabalho, intercorrências e presença de pacientes ou familiares). As entrevistas foram feitas de forma individual, com questões semi-estruturadas, que permitiam flexibilidade nas respostas e na condução da conversa, oportunizando-se espaço para o participante contribuir com suas percepções. Algumas entrevistas foram gravadas, e nos casos em que os participantes não autorizaram a gravação, ou em situações onde havia pacientes nas proximidades, a gravação não foi realizada, neste último, por escolha do pesquisador, visando proteger a privacidade dos pacientes.

Os dados também foram coletados por meio da discussão em um grupo focal, composto por 3 participantes, que teve duração aproximada de 40 minutos, e ocorreu em um sábado, dada a menor demanda de procedimentos neste dia e a consequente maior disponibilidade de tempo dos participantes. Também para a discussão no grupo focal foi elaborado roteiro (contemplado no apêndice D), com questões baseadas na revisão teórica e, principalmente, nos pressupostos teóricos relacionados à ABP.

Outra estratégia de coleta de dados utilizada nesta fase foi a observação dos participantes, ou o *shadowing* (Mc DONALD, 2005; CZARNIAWSKA-JOERGES,

2007), técnica que envolve um pesquisador acompanhando, de forma próxima, um membro de uma organização durante um período de tempo e implica “tornar-se a sombra de um sujeito e segui-lo em cada atividade cotidiana, inclusive as mais informais ou aparentemente não importantes, sem qualquer interrupção”. (VERZELLONI, 2012, p. 3). Nesta tese, o *shadowing* foi feito para acompanhar por um período as práticas de 4 participantes, redigindo em um diário de campo as situações percebidas, o posicionamento dos profissionais nestas situações e comentários feitos por eles ao longo do período. Um roteiro contendo aspectos a observar (contemplado no apêndice D) foi usado apenas como guia, sem, entretanto, engessar o processo. O *shadowing* ocorreu em períodos de cerca de 2 horas cada.

Os momentos de grupo focal e os episódios de *shadowing* não foram gravados, também pela questão do cenário, que não favorecia a privacidade dos pacientes. As notas de campo e todas as entrevistas foram transcritas, e as que foram gravadas foram transcritas na íntegra, resultando em um documento de transcrição com 39 laudas.

A coleta da primeira fase iniciou em novembro de 2014³, encerrando em maio de 2015, totalizando 12 momentos distintos de coleta, em diferentes dias da semana e turnos. A justificativa para os diferentes momentos para coleta foi a necessidade de acompanhar a dinâmica de trabalho dos participantes, na unidade selecionada. Por se tratar de uma unidade considerada crítica e de alta demanda, a disponibilidade dos participantes e de espaços para a coleta de dados é variável, sujeita a demandas do serviço, grau de gravidade e complexidade dos procedimentos sendo realizados naqueles momentos, dentre outros fatores. Ainda, as múltiplas visitas ao campo atendem às recomendações de Walsham (2006), que entende as entrevistas como as principais fontes de dados, e que permitem que o pesquisador tenha acesso às interpretações dos entrevistados.

O Quadro 6 a seguir apresenta as fontes centrais de dados da fase exploratória qualitativa, envolvendo um total de 26 participantes. Adicionalmente, documentos relacionados à aprendizagem e à gestão de risco foram analisados, como os disponíveis nas páginas da intranet da instituição; nos relatórios de treinamentos

³ A coleta de dados foi interrompida nos meses de janeiro a março de 2015, devido ao afastamento da pesquisadora para realização do doutorado sanduíche em Lisboa.

presenciais e em EAD (ensino a distância); e nas notas de campo que foram feitas de acordo com observações conduzidas no Hospital.

Quadro 6 Participantes da fase exploratória

Participante	Cargo	Tempo de formação	Tempo na instituição	Forma de participação na pesquisa
E0	enfermeiro	>10	>10	<i>Teste piloto</i>
T0	técnico	>10	>10	<i>Teste piloto</i>
E1	enfermeiro	> 10 anos	> 10 anos	Entrevista
E2	enfermeiro	5 a 10 anos	5 a 10 anos	Entrevista
E3	enfermeiro	> 10 anos	> 10 anos	Entrevista
E4	enfermeiro	> 10 anos	> 10 anos	Entrevista
E5	enfermeiro	5 a 10 anos	< 1 ano	Entrevista
E6	enfermeiro	5 a 10 anos	5 a 10 anos	Entrevista
E7	enfermeiro	>10 anos	5 a 10 anos	Entrevista
E8	enfermeiro	>10 anos	5 a 10 anos	Entrevista
T1	técnico	> 10 anos	> 10 anos	Entrevista
T2	técnico	5 a 10 anos	< 1 ano	Entrevista
T3	técnico	> 10 anos	> 10 anos	Entrevista
T4	técnico	>10 anos	> 10 anos	Grupo focal (coleta dados)
T5	técnico	>10 anos	> 10 anos	Grupo focal (coleta dados)
T6	técnico	>10 anos	> 10 anos	Grupo focal (coleta dados)
T7	técnico	1 a 5 anos	1 a 5 anos	Entrevista
T8	técnico	5 a 10 anos	5 a 10 anos	Entrevista
T9	técnico	5 a 10 anos	5 a 10 anos	Entrevista
T10	técnico	1 a 5 anos	1 a 5 anos	<i>Shadowing</i>
T11	técnico	1 a 5 anos	1 a 5 anos	<i>Shadowing</i>
T12	técnico	1 a 5 anos	1 a 5 anos	<i>Shadowing</i>
T13	técnico	1 a 5 anos	1 a 5 anos	<i>Shadowing</i>
G1	serviço especializado	> 10 anos	> 10 anos	Entrevista
G2	serviço especializado	> 10 anos	> 10 anos	Entrevista
A1	Assistente administrativo	5 a 10 anos	5 a 10 anos	Entrevista

Fonte: A autora, dados da pesquisa

Estas diversas técnicas de coleta de dados na fase exploratória, com a participação de diferentes atores, foram realizadas de modo a atender aos objetivos específicos da tese, em resumo: *Identificar e descrever os processos de aprendizagem que acontecem no desenvolvimento das práticas de trabalho; conhecer a percepção de diferentes atores acerca das situações de aprendizagem baseada em práticas da organização; identificar os microprocessos embricados nas atividades relativas a investigação de potenciais ameaças e oportunidades(sensing), a apropriação das possibilidades de mudança(seizing) e transformação(transforming).*

A pesquisa foi realizada em fases distintas, sendo que os resultados desta primeira fase, que geraram a identificação dos microprocessos da prática, serviram como subsídio para a fase seguinte – analítica qualitativa.

3.2.2 Análise dos dados da fase exploratória qualitativa

Ao conduzir a pesquisa em sua fase denominada exploratória qualitativa, a proposta foi explicitar e proporcionar melhor entendimento de um contexto complexo e de práticas sociais (FLICK, 2011), no caso, das iniciativas de ABP dentro de uma organização e sua contribuição para o desenvolvimento das CD. Para conhecer melhor as características de um fenômeno pouco compreendido e gerar subsídios para a próxima fase, foi necessária a abertura e contribuição dos participantes, no sentido de fornecer as informações requeridas e dividir com o entrevistador suas percepções e experiências.

Para analisar os dados coletados nesta fase e gerar subsídios da fase seguinte, considerou-se que o olhar para evidências de um estudo de caso é uma atividade complexa, e uma questão chave é o uso da teoria na pesquisa, segundo Walsham (1995). Para Eisenhardt (1989), a teoria pode ser utilizada como guia inicial no desenho da pesquisa e na coleta de dados; como parte de um processo reiterado de coleta e análise dos dados; e como resultado final da pesquisa. Nesta tese, a teoria foi utilizada, primeiramente, como ponto de partida para a construção das proposições e roteiros de coleta de dados, mantendo-se, porém, um grau de abertura para os dados do campo, dado o seu caráter eminentemente exploratório. (WALSHAM, 1995).

De forma a organizar o processo, foram seguidos os passos sugeridos por Gibbs (2009) para a análise dos dados, como a preparação, na qual todos os dados coletados, seja de entrevistas, grupo focal e diário de campo do *shadowing*, foram convertidos em texto digitado em formato “.doc” do MS word®. As notas de campo, que são anotações realizadas no local da pesquisa contendo descrições e interpretações, foram realizadas também durante as entrevistas; e a codificação dos dados, que consistiu na identificação de trechos da transcrição que pudessem compor um tema ou ideia, em seguida ligadas a um código. Foi essencial, entretanto, a leitura detalhada e recorrente de todo o material transcrito e apropriação de seu conteúdo pelo pesquisador.

A técnica de análise de conteúdo foi utilizada para a análise dos dados, a qual viabiliza conhecer “variáveis de ordem psicológica, sociológica, histórica, por meio de um processo de dedução com base em indicadores construídos a partir de uma amostra de mensagens específicas”. (VIEIRA; ZOUAIN, 2005, p.102). A análise de

conteúdo, técnica popularizada por Laurence Bardin (2011), analisa as mensagens e comunicações, passando por 3 fases: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Esta análise, contudo, não deve ser rígida e restringir a criatividade, flexibilidade e reflexividade do pesquisador, necessárias na pesquisa qualitativa, mas deve possibilitar o “apreender e compreender o caráter contraditório do discurso que muitas vezes encontramos na essência da realidade”. (VIEIRA; ZOUAIN, 2005, p.116).

Após a coleta, transcrição, leitura e análise inicial dos dados, os mesmos foram novamente digitados e incluídos no *software* Nvivo® versão 10, sistema que realiza indexação e categorização de dados qualitativos, e procedeu-se às diferentes análises permitidas pelo *software*. Novas leituras, seguidas de confronto com a teorias que fundamentam a pesquisa, permitiram sintetização e a codificação em categorias a partir de sobreposição dos temas, relacionadas a aprendizagem, às práticas relacionadas aos eventos adversos e categorias emergentes dos microfundamentos da CD, segundo Teece (2007). Portanto, as subcategorias (ou nós) não foram determinadas *a priori*, mas emergiram a partir da análise das entrevistas e leitura teórica.

Nesta tese, o *software* Nvivo® auxiliou a análise dos textos, bem como ajudou a criar listas de códigos (ou também chamados de “nós”) e acessar e analisar os textos codificados. Gibbs (2009) reconhece o valor dos programas informatizados no auxílio da análise de múltiplas fontes de evidências, mas que não substitui, certamente, a leitura exaustiva e interpretação final do pesquisador. Walsham (2006), da mesma forma, alerta das desvantagens do uso do *software*, como o gasto de tempo nas codificações por temas, e no risco de “superficializar” a análise. Por isto, os dados foram relidos muitas vezes, de modo a aprofundar o entendimento sobre as situações e os elementos apresentados, registrando novos *insights*. A triangulação de técnicas e de percepção a partir dos diferentes papéis ocupados pelos sujeitos da pesquisa contribuíram nessa fase da análise, evidenciando pela redundância o momento de encerrar a coleta a partir de cada técnica, dando o devido destaque para o conteúdo coletado e analisado.

Ao final, as categorias e subcategorias de análise geradas, e que serão apresentadas e discutidas posteriormente, serviram como subsídio para a fase seguinte, denominada analítica.

3.3 FASE ANALÍTICA QUALITATIVA

Esta fase da pesquisa teve o propósito de sintetizar e validar os principais resultados que emergiram da fase exploratória, a partir do olhar da equipe operacional e também da gestão intermediária.

3.3.1 Participantes e coleta de dados

Ao final da coleta dos dados na fase exploratória, os resultados foram sintetizados e apresentados em um grupo focal, composto por 5 participantes, enfermeiros da unidade selecionada, que responderam por adesão ao chamado da pesquisadora. Destes, 3 já estavam na organização há mais de 10 anos, e os outros 2, embora há menos tempo como funcionários do hospital, tem experiência em outras organizações de saúde. Esta atividade, que ocorreu em junho de 2015 e teve duração aproximada de 90 minutos, foi realizada com dois propósitos: em primeiro lugar, visto a escolha por estudo de caso interpretativo, optou-se por realizar uma apresentação dos dados da fase exploratória, para atender a uma sugestão de Walsham (2006) quanto à manutenção do acesso ao campo e o fornecimento de um tipo de *feedback* aos participantes, acerca dos resultados preliminares. O segundo, e mais importante propósito, foi para receber diferentes olhares para os resultados, na perspectiva de validar se os mesmos “faziam sentido” para os participantes, se tinham significado do ponto de vista assistencial e também gerencial (visto que dois participantes tem experiência como chefia de unidade), e para sintetizar estes resultados em elementos, ou microprocessos, destacando os considerados essenciais para a organização.

Estes resultados do grupo focal, após digitados e organizados, foram submetidos a leitura de 2 participantes, selecionados com base em sua experiência (mais de 10 anos na organização), tendo um percurso profissional iniciado na equipe operacional, atualmente ocupando cargos de chefia de serviços de apoio estratégico na organização e que são também pesquisadores. Esta estratégia, realizada em julho de 2015, foi utilizada para que, a partir de um volume significativo de microprocessos originados na fase anterior, fosse possível elencar eixos prioritários de investimento, ou pistas para a identificação das capacidades dinâmicas da

organização e, assim, auxiliar na geração dos atributos, que consistiram nos subsídios para a fase final, denominada descritiva quantitativa. O quadro a seguir apresenta os participantes desta fase analítica.

Quadro 7 Participantes da Fase Analítica

Participante	Cargo	Tempo de formação	Tempo na instituição	Forma de participação na pesquisa
E1	Enfermeiro	> 10 anos	> 10 anos	Grupo focal (para validação)
E3	Enfermeiro	> 10 anos	> 10 anos	Grupo focal (para validação)
E4	Enfermeiro	> 10 anos	> 10 anos	Grupo focal (para validação)
E7	Enfermeiro	>10 anos	5 a 10 anos	Grupo focal (para validação)
E8	Enfermeiro	>10 anos	5 a 10 anos	Grupo focal (para validação)
L1	Gestor Pesquisador	> 10 anos	>10 anos	Participante com experiência e múltiplos papéis (leitura e validação)
L2	Gestor pesquisador	> 10 anos	> 10 anos	Participante com experiência e múltiplos papéis (leitura e validação)

Fonte: A autora, dados da pesquisa

Os resultados da fase analítica foram necessários para atender aos critérios de validação (da fase anterior da pesquisa) e focar em um dos objetivos da tese, *elencar os microprocessos mais significativos para o desenvolvimento das CD da organização*. Portanto, a identificação das CD para a presente tese parte dos saberes da prática (microprocessos de aprendizagem), tendo em vista a importância que esses exercem no atendimento ao paciente e na visibilidade que essas práticas conferem em termos de percepção de valor do paciente em relação ao Hospital, portanto tratam-se de “práticas estratégicas”. A partir da análise dessas práticas, foi possível identificar eixos prioritários de investimento, como é descrito a seguir.

3.3.2 Análise dos dados da fase analítica qualitativa

A lógica dessa fase da pesquisa foi identificar os eixos prioritários de investimento e as capacidades dinâmicas que deveriam ser desenvolvidas ou melhoradas, a partir dos microprocessos oriundos da Aprendizagem Baseada em Práticas. Os resultados do grupo focal e da leitura e discussão com os participantes gerou novo documento, analisado a partir da técnica de análise de conteúdo (VIEIRA, ZOUAIN, 2005), elaborada conforme os passos já descritos na fase

anterior, gerando novas categorias e elementos constituintes. A partir disto, a pesquisa seguiu para a fase final, denominada descritiva quantitativa, que foi realizada por meio de Análise Conjunta ou *Conjoint Analysis*. (HAIR et al, 2009).

3.4 FASE DESCRITIVA QUANTITATIVA

Na terceira fase da pesquisa, a escolha por aplicar a Análise Conjunta (AC) foi motivada pelo contexto específico deste estudo. Mais especificamente, tendo como base a análise dos **microprocessos** – ou os saberes da prática – elencados na fase exploratória (primeira fase da pesquisa), foi possível identificar os **elementos prioritários para investimentos** e as **capacidades dinâmicas** da organização relacionadas a esses elementos (segunda fase da pesquisa – analítica). Buscou-se então, nessa terceira fase, compreender, em situações reais, que implicam limites de recursos e prioridade de escolhas para os gestores, como os mesmos avaliam e decidem em relação à **utilidade e importância destas capacidades**.

3.4.1 Participantes da pesquisa e coleta de dados

Para atender ao objetivo da tese de analisar as contribuições da ABP para o desenvolvimento e visibilidade das CD no contexto das organizações de saúde, os participantes foram apresentados a diversos cenários de escolha que se aproximam de situações reais, que continham capacidades dinâmicas relevantes para a organização, e que partiram não de decisões estratégicas, mas sim de microprocessos oriundos dos saberes do cotidiano (práticas estratégicas).

É importante destacar que o uso desta técnica na área da saúde tem sido frequente, buscando identificar características e atributos na assistência considerados importantes pelos gestores e profissionais da área. Desta forma, pode contribuir para o planejamento das ações e investimentos nas organizações, pois permite obter as preferências e estimar a importância relativa de diferentes atributos da assistência à saúde, sendo que os resultados podem apontar para novos desenhos de serviços, reorganização de rotinas e alinhamento de estratégias.

(MALHOTRA; JAIN, 1982; ROSKO et al, 1985; RYAN; FARRAR, 2000; FISHER; ORKIN; FRAZER, 2010). Para Farley et al (2013), uma das vantagens da aplicação da técnica no contexto da saúde, além da priorização dos esforços em possíveis alvos de investimento, está na escolha de inovações.

O conjunto de técnicas que compõe a AC tem sua mais conhecida aplicação na avaliação de produtos ou serviços e tomada de decisão ao nível individual. (GREEN, WIND, 1975). A partir de dados “razoavelmente simples” (MOTTA, 1987, p.17), são gerados resultados de uma certa sofisticação, considerando o julgamento global dos participantes da pesquisa sobre diversas alternativas, ou os estímulos, os quais contém múltiplos atributos que podem ser modificados em quantidade ou caráter. (HAIR et al, 2009). A AC pode atender a diversos objetivos em uma pesquisa, como mostra o quadro 8:

Quadro 8 Objetivos de aplicação da técnica de AC

Propósito	Principal objetivo indicado no estudo	Fontes
Investigação da dependência entre as variáveis	Estimar o conjunto de preferências do consumidor a partir da avaliação geral de um conjunto de alternativas que são pré estabelecidas em função de seus diferentes atributos	Green e Srinivasan, 1978
	Obter e analisar, por meio da estimação de modelos, experimentos cujas variáveis resposta expressem diferenças individuais	Artes, 1991
	<i>Determinar a função utilidade suposta pelo indivíduo para cada atributo e sua importância relativa</i>	Kotler, 1995
	Definir produtos ou serviços com a combinação ótima de atributos	Hair et al, 2005
	Medir o impacto de determinados atributos de um produto na preferência do consumidor	Siqueira, 1995

Fonte: Prearo (2008, p.35)

Dentre os vários propósitos do uso da técnica apresentados neste quadro, nesta pesquisa a aplicação da AC visa estimar a função utilidade suposta pelos participantes para cada atributo e sua importância relativa, o que irá contribuir para atender aos objetivos da tese.

A AC é considerada um método inovador, pois possibilita identificar, durante uma decisão real, a relativa importância dos fatores nesta decisão, sendo relacionada com a experimentação. A lógica da AC é que os participantes realizam um julgamento subjetivo de preferência avaliando a utilidade, que é “a base conceitual para medir valor [...] e engloba as características do produto ou serviço, tangíveis ou intangíveis”. (HAIR et al, 2009, p.323). É um modelo compensatório,

que possibilita mensurar o efeito de alguns atributos não métricos (que são as variáveis independentes) sobre uma variável dependente que pode ser a preferência, ou a ordem de escolha dos participantes. No caso da tese, a variável dependente é a ordenação, pelos participantes, dos estímulos (capacidades); e as variáveis independentes são os saberes da prática, ou microprocessos.

Considerada uma técnica multivariada, aplicada com auxílio do *software* SPSS®, permite entender como respondentes desenvolvem preferências por algum serviço, produto ou ideia, possibilitando avaliação de produtos complexos, a partir de combinações predeterminadas de atributos que representam serviços ou produtos potenciais. (HAIR, 2009). Segundo este mesmo autor, a técnica tem grande flexibilidade e aplicabilidade, pois permite avaliar tanto variáveis métricas como não métricas e pode ser aplicada tanto para um indivíduo ou grupo de indivíduos, proporcionando percepções não apenas acerca das preferências por cada atributo, mas também o valor do atributo.

A AC deve ser iniciada com a identificação das características ou atributos a serem analisados (RYAN; FARRAR, 2000), e nesta tese, os mesmos derivaram dos resultados da primeira fase exploratória, que foram sintetizados a partir da codificação no programa Nvivo®, discutidos no grupo de foco e por ele validados (segunda fase da pesquisa). Em seguida, devem ser designados níveis para estas características (MALHOTRA; JAIN, 1982) que sejam plausíveis, baseados na teoria e nos dados da pesquisa, e que darão origem a alguns cenários. Dependendo do número de atributos e níveis elencados, os mesmos devem ser reduzidos para serem passíveis de apresentação e avaliação pelos participantes.

Para este fim, dentre as várias possibilidades recorrem-se a modelos de arranjos fatoriais fracionários (MOTTA, 1987) de modo a reduzir o número de combinações e possibilitar a aplicação da técnica. Nesta tese, de modo a reduzir o número de avaliações coletadas com os participantes, foi utilizado o delineamento fatorial fracional, usando apenas um subconjunto de estímulos, mantendo a ortogonalidade entre os níveis, ou seja, considerando-se que as estimativas das utilidades parciais sejam independentes uma da outra (a mudança do nível de um atributo não implica mudança do nível de outro). (HAIR et al, 2009).

Nesta tese, os atributos foram elaborados a partir da fase analítica, apresentados em 12 cartões (apêndice G), e a técnica foi realizada, inicialmente, com 2 participantes (*experts*), para avaliar a adequação do instrumento - os cartões

de AC - e a aplicabilidade da técnica. Estes 2 participantes tem experiência em gestão na saúde, sendo um da própria organização e outro externo. Os cartões foram reformulados em termos de redação e de forma, e os resultados, visto tratar-se de teste piloto, foram deixados de fora da análise.

Após, os dados foram coletados com 15 participantes, sendo 5 membros da equipe assistencial de enfermagem da unidade cirúrgica, que não haviam participado na etapa exploratória, e foram recrutados de forma aleatória, também pelo sorteio do cartão ponto; 5 participantes que ocupam cargos de gestão intermediária, consistindo em gerentes de serviços de apoio de relevância para a organização, sendo selecionados por conveniência, por fazer parte de unidades estratégicas do hospital e porque servem como elos entre as equipes multidisciplinares assistenciais da unidade cirúrgica e a gestão estratégica; e também participaram 5 membros que compõe a equipe de gestão estratégica do hospital, a chamada administração central.

De forma sintética, o quadro 9 apresenta os participantes desta fase da pesquisa:

Quadro 9 Aplicação da Análise Conjunta

EPISÓDIO DE COLETA	PROFISSIONAL	TEMPO NA FUNÇÃO
PRIMEIRO	P1 - teste	>10 anos
"	P2 - teste	>10 anos
SEGUNDO	OP1 (<i>equipe operacional</i>)	5-10 anos
"	OP2	>10
"	OP3	1-5 anos
"	OP4	5-10 anos
"	OP5	>10 anos
TERCEIRO	IN1(<i>gestão intermediária</i>)	1-5 anos
QUARTO	IN2	1-5 anos
QUINTO	IN3	5-10 anos
SEXTO	IN4	1-5 anos
"	IN5	5-10 anos
SÉTIMO	ES1 (<i>gestão estratégica</i>)	1-5 anos
OITAVO	ES2	1-5 anos
NONO	ES3	5-10 anos
DÉCIMO	ES4	5-10 anos
"	ES5	5-10 anos

Fonte: A autora, dados da pesquisa.

Em relação ao período de coleta e sistemática, a AC foi realizada em horários diversos, dos meses de novembro de 2015 a março de 2016, em dez episódios, e com duração média de 26 minutos. A coleta foi agendada previamente, de acordo com a disponibilidade dos participantes, e por várias vezes teve de ser suspensa ou

atrasada, devido a problemas de agenda, especialmente das equipes de gestão. A técnica foi aplicada em entrevista individual, salvo em 3 ocasiões, nas quais os participantes quiseram estar no mesmo ambiente que seus pares, fornecendo, entretanto, respostas de forma individual, conforme apontado no quadro 9.

No início da atividade, os participantes recebiam algumas orientações sobre os objetivos, assinavam o Termo de Consentimento – TCLE- e, em seguida, eram orientados a ler e analisar os diferentes cenários e ordenar, segundo sua ordem de preferência, os cartões contendo combinações possíveis de capacidades da organização. As respostas sinalizam o peso (ou utilidade) que os respondentes atribuem às combinações predeterminadas de ou atributos. A análise também considera a importância relativa, observando a amplitude de utilidade (do nível baixo ao nível alto).

Ao final da aplicação da técnica, foi gerado um *ranking* para cada respondente com os 12 cartões ordenados, considerando que o primeiro cartão era aquele que o participante priorizou ou considerou o mais relevante caso tivesse de tomar esta decisão na prática. O último cartão era o que o participante atribuiu menor importância e provavelmente não seria considerado na sua decisão. Desta forma, a AC proporciona a oportunidade de focar nos processos de tomada de decisão dos atores e dos gestores estratégicos, enquanto o contexto da decisão é mantido constante. (MITCHELL; SHEPHERD; SHARFMAN, 2011). O propósito de coletar os dados com participantes de diferentes níveis –operacional e gerencial - foi de identificar se havia alinhamento na escolha dos elementos de maior utilidade e importância para grupos distintos.

A aplicação da AC nesta tese teve o objetivo de permitir que os atores da organização, em seus diversos níveis, reconheçam as capacidades que podem ser desenvolvidas e recriadas, a partir do olhar dos saberes da prática. Dar visibilidade aos microprocessos permite evidenciar também as práticas que poderiam ser incorporadas pela organização, reforçadas e renovadas. Os estímulos apresentados na técnica de AC, gerados a partir dos dados da fase exploratória, sinalizam para possíveis falhas e riscos nos processos de trabalho, evidenciam novas ideias e contribuições importantes dos profissionais envolvidos no cuidado, e apontam caminhos para escolhas dos tomadores de decisão. Dado um cenário de assistência à saúde com inúmeros desafios, escassos recursos e necessárias ações

inovadoras, conhecer os *trade-offs* com os quais os gestores se deparam pode auxiliar a definir prioridades observando o impacto de cada atributo.

3.4.2 Análise dos dados na fase descritiva quantitativa

Os dados da Análise Conjunta (AC) foram tratados por meio regressões múltiplas simultâneas utilizando-se o *software* SPSS®. (BATTESINI; CATEN, 2001). Segundo Hair et al (2009), a análise dos resultados na AC pode se dar em nível agregado ou individual. De forma geral, a abordagem individual ou desagregada é bastante utilizada. A sugestão dos autores, porém, é que não seja utilizado apenas um método na análise, dada a possibilidade dos participantes exibirem comportamentos distintos em relação às suas escolhas, e a análise agregada não reconhecer a heterogeneidade das preferências dos indivíduos. Como destacam Rebelatto et al (2014), “modelos agregados dão mais clareza à interpretação dos dados; já os desagregados permitem precisão dos métodos utilizados”. (REBELATTO et al, 2014, p.2104).

Nesta tese, os dados são analisados de forma agregada total, inicialmente, possibilitando identificar a estrutura de decisão em relação às capacidades, e depois agregada parcial, procurando compreender as utilidades atribuídas a cada capacidade. Os dados também foram analisados de forma desagregada, na qual cada respondente é modelado separadamente. A ideia é apontar para uma possível convergência ou divergência entre a utilidade percebida acerca dos conjuntos de atributos entre os respondentes dos 3 grupos. Caso não sejam verificadas divergências entre os respondentes, há uma convergência de impressões acerca do fenômeno; caso haja divergências entre a utilidade atribuída pela equipe operacional e a gestão, podem ser sinalizados pontos para melhoria, de forma a destacar situações que poderiam ser exploradas e aproveitadas pela gestão estratégica.

Em síntese, procurou-se observar as recomendações de Hair et al (2009) em relação aos passos da aplicação da AC, como apresentado no quadro 10:

Quadro 10 O projeto da Análise Conjunta da tese

Seleção de uma metodologia	Foi utilizada abordagem baseada em escolha.
Características dos fatores e níveis	Os atributos selecionados foram compreensíveis e relevantes para a prática e para a aplicabilidade do estudo e oriundos das fases anteriores da pesquisa, exploratória e analítica.
Especificação dos Fatores	Foram definidos 3 fatores (ou capacidades)
Especificação dos Níveis	Foram definidos três níveis para cada fator (ou microfundamentos)
Coleta dos dados	Foram apresentados 12 cartões aos participantes, onde cada cartão possuía 3 estímulos. As entrevistas foram pessoais, e os participantes eram solicitados a dispor os cartões em ordem decrescente de sua preferência.
A técnica de estimação	A variável dependente foi a escolha dos participantes (a ordem dos cartões) e as variáveis independentes os níveis dos fatores. As análises foram realizadas com regressões múltiplas simultâneas
Avaliação da qualidade do ajuste do modelo	Foram utilizados 3 estímulos para verificação da confiabilidade.
Apresentação dos resultados	Foram apresentadas as análises de utilidade dos níveis, bem como da importância relativa dos fatores.
Validação dos resultados	Considerada a validade externa, entendendo que a análise é adequada para prever escolhas reais. A amostra, considerando-se o contexto específico desta tese, é representativa da população em estudo (gestão estratégica). Considerada também a validação interna, por meio da confirmação de que o modelo adotado é apropriado, e que os constructos oriundos da primeira fase da pesquisa foram lidos, codificados e analisados, sumarizados, revistos à luz dos constructos teóricos e validados em um grupo focal.

Fonte: A autora, baseada em modelo de Hair et al (2009) e Henrique; Souza (2006)

Com o propósito de sintetizar a apresentação dos procedimentos metodológicos e a apresentar as interfaces com as referências teóricas, objetivos e ideias norteadoras importantes nesta construção, segue o quadro 11, que indica também o período de coleta.

Quadro 11 Resumo da operacionalização da pesquisa

Fases	Objetivos	Abordagem metodológica/técnica de coleta de dados	Participantes	Base teórica principal investigada	Período	Ideias norteadoras
Preparação	<p>-Explorar os constructos teóricos ABP e CD</p> <p>-Definir estratégias de pesquisa, escolher o campo e unidades de análise</p> <p>-Submeter e aprovar o projeto nos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade e da organização hospitalar</p>	<p>Estudo teórico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pesquisa em bases de dados • Consulta informal na organização • Submissão do projeto de pesquisa por meio da Plataforma Brasil 	<p>Coordenadores de área da organização e chefia da unidade selecionada</p>	<p>VERA, SALGE (2011); SALGE, VERA (2013); ISIDRO FILHO E GUIMARÃES (2010); CROSSAN, MAURER, WHITE (2011); SCHREYROGG, KLIESCH-EBERL (2007); AMBROSINI, BOWMAN(2009); EASTERBY-SMITH, PRIETO(2008); FERDINAND et al(2004); ANTONACOPOULOU et al (2005); CORRADI, GHERARDI, VERZELLONI (2010)</p>	<p>2013 – 2º semestre</p> <p>2014 – 1º semestre</p>	<p><i>As iniciativas de ABP permeiam a organização e são compostas por microprocessos coletivos e cotidianos de grande relevância para as capacidades da organização.</i></p>
I- Pesquisa Qualitativa Exploratória	<p>-Conhecer o repertório de situações de ABP na organização, bem como processos formais de aprendizagem</p> <p>-Conhecer a percepção dos diferentes atores acerca das situações de ABP na organização</p> <p>-Identificar os microprocessos ou práticas de ABP embebidos nas atividades relativas ao <i>sensing</i>, <i>seizing</i> e <i>transforming</i>;</p> <p>-Observar as práticas no cotidiano de trabalho da equipe operacional de uma unidade cirúrgica;</p> <p>-Identificar os microprocessos nestas práticas, ou os saberes embebidos nas práticas coletivas cotidianas.</p>	<p>-Análise documental na organização de forma a identificar projetos e eventos relacionados a aprendizagem</p> <p>-Estudo de caso interpretativo com equipes em cargo operacional da organização de saúde</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entrevistas individuais com uso de roteiro (17); • Grupo focal (3); • Observação – <i>shadowing</i> (4) <p>- Elaboração e análise de resultados e síntese para a etapa seguinte, destacando os microprocessos elencados para o desenvolvimento das CD da organização</p>	<p><i>Equipe operacional:</i> Equipe de enfermagem= 8 enfermeiros e 13 técnicos de enfermagem (1 enf e 1 tec. Teste piloto) <i>Equipe de apoio operacional</i> = 1 auxiliar administrativo</p> <p><i>Equipes de apoio à gestão:</i> 1 participante de serviço de educação continuada e 1 da equipe de gestão de risco</p>	<p>WALSHAM (1995,2006); ANGROSINO (2009); CZARNIAWSKA-JOERGES (2007); GHERARDI, NICOLINI (2001); GHERARDI (2005); CORRADI, GHERARDI, VERZELLONI (2010)</p>	<p>2014 – 2º semestre</p> <p>2015 – 1º semestre</p>	<p><i>A análise das práticas permite identificar os microprocessos dinâmicos e coletivos, os quais evidenciam a percepção de problemas e oportunidades (sensing), a tomada de decisão pelas melhores soluções e ideias (seizing) e a adequação ou inovação dos processos de trabalho e rotinas (transforming) constituindo-se, portanto, em microfundamentos das CD</i></p>

Fases	Objetivos	Abordagem metodológica/técnica de coleta de dados	Participantes	Base teórica principal investigada	Período	Ideias norteadoras
II-Pesquisa Qualitativa Analítica	<p>Elencar os microprocessos mais significativos para o desenvolvimento das CD da organização.</p> <p>Identificar eixos prioritários de investimentos.</p> <p>Identificar capacidades dinâmicas</p>	<p>-Leitura e validação dos resultados com grupo focal e leitores</p> <p>-Síntese dos resultados, destacando os atributos elencados para o desenvolvimento das CD da organização e eixos prioritários de investimentos</p>	<p><i>Leitura dos dados:</i> 2 participantes, também gestores de unidades da organização</p> <p><i>Validação e geração dos atributos para AC:</i> 5 participantes enfermeiros da unidade selecionada (grupo focal)</p>	GHERARDI, NICOLINI (2001); GHERARDI (2005); CORRADI, GHERARDI, VERZELLONI (2010); TEECE (2007; TEECE (2016)	2015 – 1º semestre	<i>Os atores da organização podem escolher os microprocessos mais significativos para o desenvolvimento das CD da organização</i>
III-Pesquisa Quantitativa Descritiva	<p>Dar visibilidade aos microprocessos da prática que podem contribuir para as capacidades da organização</p> <p>Permitir que os atores da organização, em seus níveis operacional e de gestão, reconheçam as capacidades que podem ser criadas e renovadas, a partir dos saberes da prática.</p> <p>Analisar as contribuições da ABP para o desenvolvimento e visibilidade das CD no contexto das organizações de saúde</p> <p>Identificar as prioridades de escolha de investimento dos participantes</p>	<p>- Elaboração dos cartões (12) – instrumentos de coleta de dados para aplicação da Análise conjunta (AC)</p> <p>-Validação e aplicação dos cartões de AC (2)</p> <p>-Entrevistas individuais com aplicação de cartões de Análise conjunta (15)</p>	<p><i>Validação/teste</i> com 2 participantes, um interno e outro externo da organização, em cargos de gestão</p> <p><i>Aplicação dos cartões:</i> 5 membros da equipe operacional – equipe de enfermagem 5 membros da equipe gestão intermediária 5 membros equipe gestão estratégica</p>	TEECE, PISANO, SHUEN (1997); DJELLAL, GALLOUJ (2005); TEECE(2007); TEECE (2016); SCHREYOGG, KLIESCH-EBERL (2007); AMBROSINI, BOWMAN (2009); AMBROSINI, BOWMAN, COLLIER (2009) BARBOSA (2009); BISPO (2013); VERA, SALGE (2011; 2013)	2015 – 2º semestre 2016 – janeiro a março	<p><i>A análise dos processos de ABP presentes no cotidiano do trabalho desta organização, aponta para os microfundamentos das CD, embricados nas atividades relativas ao seizing, seizing e transforming;</i></p> <p><i>Gestores e demais atores da organização podem identificar o conjunto de prioridades para investir</i></p>

Fonte: A autora

3.5 CRITÉRIOS DE QUALIDADE E VALIDADE DA PESQUISA

Estabelecer e apresentar critérios de qualidade e validade em estudos de caso interpretativos é um dos elementos críticos que requerem atenção e dedicação do pesquisador. Um dos critérios é a questão da generalização que, segundo Flick (2009), não existe. Ou seja, os resultados oriundos desta pesquisa não podem ser extrapolados para outros cenários ou realidades, porém, se o estudo for conduzido e redigido de forma cuidadosa, pode trazer contribuição valiosa, oferecendo ricos *insights* para outras organizações, em outros contextos. (WALSHAM, 2006). As implicações e resultados do estudo de caso interpretativo podem ser valiosas para outros, especialmente se o pesquisador seguir as sugestões de Van Maanen (1989) para a redação do texto final, apresentado de forma coerente (generalização analítica).

Ullrich et al (2012) refletem sobre vários critérios de confiabilidade em pesquisas qualitativas, como a descrição rica e densa das situações, a apresentação clara do recorte espaço temporal da pesquisa, transparência e detalhamento dos passos seguidos, exploração dos significados e explicação acerca das categorias de análise, além do acolhimento de opiniões de *experts* e triangulação dos dados. Na mesma linha, em relação aos critérios para avaliar a qualidade da pesquisa do tipo estudo de caso, Creswell (2007) destaca a necessidade de triangulação, buscando a convergência das informações, enquanto Stake (1998) salienta os protocolos de pesquisa que são utilizados para garantir qualidade e adequação. Denzin e Lincoln (1994), por sua vez, apresentam diferentes tipos de triangulação visando manter os padrões de qualidade deste tipo de pesquisa, como o confronto de dados provenientes de diferentes fontes (participantes) e a triangulação metodológica (técnica), com a realização de novas observações pelo pesquisador e diferentes combinações de estratégias, como aplicação de instrumentos, entrevistas, observação, dentre outros.

As habilidades e cuidados do pesquisador são recomendados por Yin (2010) e também por Walsham (2006) para minimizar erros e vieses do estudo, como a abordagem inicial, que deve ser explicativa dos propósitos da pesquisa e garantindo a confidencialidade dos dados, a capacidade de fazer boas perguntas, de receber as informações, de adaptatividade a direções inesperadas, equilibrando-a com o

necessário rigor científico, e de manter o foco nos eventos relevantes, a proporções administráveis, e, finalmente, procurar ser imparcial em relação à descobertas contraditórias. Além destas características, a elaboração de um protocolo para o estudo de caso, com o registro de todos os passos do pesquisador, representa uma importante tática para aumentar a confiabilidade da pesquisa. Nesta tese, o protocolo (apêndice C) foi desenhado e revisitado ao longo das etapas, à medida que os dados foram sendo coletados, seguindo as recomendações de Walsham (1995), preservando um grau considerável de abertura, resultando em um processo iterativo, com as teorias iniciais sendo expandidas ou revisitadas.

Ainda, nesta tese foram utilizadas abordagens metodológicas complementares, qualitativa e quantitativa, que possibilitaram linhas convergentes de investigação; distintas fontes de evidências e técnicas de coleta de dados, com múltiplos atores, de modo a entender os elementos de forma mais sistêmica. Repetidas leituras dos dados foram feitas pela pesquisadora para reflexão sobre as muitas possibilidades teórico-empíricas de análise (ULLRICH et al, 2012), e também por leitores externos e *experts*, de modo a obter novas e ricas interpretações para os fenômenos em seu contexto, e também para validar os elementos que foram subsídio para a fase descritiva.

Cabe destacar também que o uso do *software* Nvivo®, além de contribuir para otimizar a análise e auxiliar na organização, “tem a função tanto de validar como de gerar confiança, qualificando o material coletado”. (MOZZATO; GRZYBOVSKI, 2011, p.742). Porém, instrumentos não substituem o olhar crítico do pesquisador, a análise cuidadosa e abrangente dos dados e a sustentação na teoria adequada para gerar análise equilibrada e bem apoiada pelos dados coletados. (YIN, 2010).

Quanto à validação dos resultados da AC, Bridges et al (2011) apresentam um didático *checklist* descrevendo todos os passos envolvidos para produzir uma “boa” pesquisa de AC na área da saúde, destacando a importância do pesquisador observar alguns cuidados. Um aspecto importante é a definição dos estímulos a serem apresentados para escolha, formados por atributos e níveis. Nesta tese, os estímulos foram construídos de forma cuidadosa e observando diversos passos metodológicos, desde a fase exploratória até a descritiva, e amparados pelos fundamentos teóricos que referenciam a pesquisa e por etapas de teste piloto e/ou validação nas três fases do estudo. Ainda, considerando tratar-se de um estudo de caso interpretativo, a atenção está na validação interna, por meio da confirmação de

que o modelo adotado é apropriado. Os constructos oriundos da primeira fase da pesquisa foram, inicialmente testados (teste piloto), depois lidos exaustivamente, codificados e analisados no Nvivo®, e, por fim foram sumarizados e revistos à luz dos constructos teóricos. Para a construção dos estímulos (atributos e níveis), os dados foram validados por dois participantes, seguido de um grupo focal, na segunda fase do estudo.

Para a terceira etapa, é importante abordar a questão da representatividade da amostra, que, para Hair et al (2009), está relacionada à validação externa dos resultados. Porém, os autores destacam que são poucas as referências escritas sobre AC que enfoquem a verdadeira validação externa, e que embora não exista avaliação de erro amostral no nível individual, deve-se buscar uma amostra representativa da população em estudo. Marshall et al (2010), em revisão sistemática de literatura sobre aplicação da AC no contexto da saúde, apontam que o dimensionamento de amostra “varia substancialmente, com um mínimo de 13 participantes até 1258”. (MARSHALL et al, 2010, p.250).

Já Battesini e Caten (2005) argumentam que o número de entrevistas a serem conduzidas depende do objetivo da pesquisa, e pode ser determinado em relação ao número de elementos da população. No caso desta tese, são 5 os membros da gestão estratégica, o que condicionou o número de participantes dos outros dois grupos, para que fossem equilibrados, do ponto de vista numérico. Não é propósito deste estudo que os resultados encontrados sejam inferidos para outras unidades do Hospital, organizações ou populações. A generalização que pode ser feita, a partir dos resultados da tese, são em nível analítico, ou seja, observando o processo de elaboração e aplicação da técnica.

4 ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados as análises e discussões sobre os dados obtidos em cada uma das fases da pesquisa. Em primeiro lugar, são apresentados, de forma sintetizada, os resultados da fase exploratória, finalizando com as principais categorias geradas, que são os subsídios para as fases seguintes.

4.1 FASE EXPLORATÓRIA E AS CATEGORIAS DE ANÁLISE GERADAS

A pesquisa, em sua fase exploratória, fez uso de 3 técnicas: entrevistas, grupo focal e *shadowing*, além da análise documental. Para investigar estes elementos, nos dois primeiros casos foram utilizadas algumas questões norteadoras. Estas foram elaboradas com base nos fundamentos teóricos dos constructos CD e ABP, e estão sintetizadas no quadro 12:

Quadro 12 Roteiro de entrevistas e do grupo focal

QUESTÕES	PROPÓSITO
<i>Como aprendeu suas funções ao ser admitido na organização?</i>	Conhecer o repertório de situações de aprendizagem baseada em práticas existentes na unidade
<i>O que facilita/impede a aprendizagem no cotidiano do trabalho?</i>	Conhecer a percepção de diferentes atores acerca das situações de aprendizagem baseada em práticas da unidade
<i>Quais as iniciativas da organização em termos de aprendizagem?</i>	Identificar as iniciativas da organização em relação à aprendizagem
<i>Como realmente aprendem suas atividades? Tem tido experiências significativas em termos de aprendizagem?</i>	Identificar os microprocessos de aprendizagem baseada em práticas embricados nas atividades relativas a investigação de potenciais ameaças e oportunidades (<i>sensing</i>)
<i>Quais os problemas mais comuns enfrentados e como foram manejados no cotidiano? Que elementos implicam em possível risco ao paciente e equipe? Em relação às situações críticas e eventos adversos, como lida com os mesmos? Como a organização ensina? Como realmente aprende?</i>	Identificar os microprocessos de aprendizagem baseada em práticas embricados nas atividades relativas a apropriação das possibilidades de mudança (<i>seizing</i>)
<i>Você teve participação em alguma mudança ocorrida no seu ambiente de trabalho? Descreva sua participação. Já aproveitou alguma oportunidade que tenha surgido, com intuito de melhoria no trabalho</i>	Identificar os microprocessos de aprendizagem baseada em práticas embricados nas atividades relativas a apropriação das possibilidades de mudança (<i>seizing</i>)
<i>Nas suas atividades cotidianas, já apresentou alguma solução a um problema, ou propôs algum método de trabalho, uma atividade ou ideia inovadora acerca de suas funções ou mesmo em relação à unidade/organização?</i>	Identificar os microprocessos de aprendizagem baseada em práticas embricados nas atividades relativas a apropriação das possibilidades de mudança (<i>seizing</i>) e remodelação e transformação de processos e recursos (<i>transforming/reconfiguring</i>)
<i>Você consegue pensar em alguma sugestão ou mudanças que contribuam para garantir maior segurança ao paciente e à equipe? O Hospital precisa ser transformado, renovado? Como?</i>	Identificar os microprocessos de aprendizagem baseada em práticas embricados nas atividades relativas a apropriação das possibilidades de mudança (<i>seizing</i>) e remodelação e transformação de processos e recursos (<i>transforming/reconfiguring</i>)

Fonte: A autora

Apesar do quadro relacionar cada questão com propósitos específicos, por se tratar da aplicação de entrevistas em profundidade, muitas vezes as respostas acabavam dando pistas que iam em outras direções, reforçando o caráter exploratório do estudo e os limites não tão definidos dentre os propósitos e as questões. Portanto, algumas respostas alimentavam propósitos distintos, que eram, de qualquer forma, complementares, observando-se ainda a redundância nas respostas.

Nas ocasiões de observação ou *shadowing*, as reações dos participantes à situações inesperadas, situações problema e ações proativas dos mesmos foram registradas, bem como as interações entre os colegas e troca de informações. Algumas provocações ao final da observação foram feitas pela pesquisadora, relacionadas às questões norteadoras citadas. Alguns elementos foram os norteadores para a observação no *shadowing*, como apresentados no quadro 13:

Quadro 13 Roteiro de observação das práticas da equipe - *shadowing*

O QUE OBSERVAR	OBJETIVOS
<ul style="list-style-type: none"> -as principais práticas de trabalho; -a rotina de trabalho, os elementos usados (ferramentas e instrumentais) -os processos sociais – elementos interpessoais que mediam as situações de aprendizagem –a aprendizagem de novas atividades, novos processos de trabalho e/ou uso de novas ferramentas -reações e atitudes frente a conhecimentos/ habilidades introduzidas por outros elementos da equipe 	<p><i>Analisar as situações de aprendizagem baseada em práticas predominantes na unidade</i></p> <p><i>Identificar e descrever os processos de aprendizagem que ocorrem no desenvolvimento das práticas de trabalho</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> -as reações e as atividades realizadas quando do surgimento do inesperado, do risco, da turbulência -problemas comuns manejados no cotidiano -elementos que implicam em possível risco ao paciente/equipe -apresentação pela equipe de sugestões/ propostas/ melhorias -introdução de elementos novos aos processos de trabalho -enfrentamento de situações de mudança 	<p><i>Identificar os microprocessos de aprendizagem baseada em práticas embriçadas nas atividades relativas a investigação de potenciais ameaças e oportunidades (sensing), apropriação das possibilidades de mudança (seizing) e remodelação e transformação de processos e recursos (transforming/reconfiguring).</i></p>

Fonte: A autora

Os dados oriundos das entrevistas, *shadowing* e grupo focal (fontes primárias) e os dados obtidos das leituras de documentos internos da organização, relatórios e rotinas (fontes secundárias) foram lidos, organizados e processados com a inclusão no *software* Nvivo®. Os trechos dos dados foram sendo codificados em **duas categorias**: uma relacionada às **Capacidades Dinâmicas - CD**, e outra à **Aprendizagem baseada em Práticas - ABP**.

A primeira diz respeito aos microfundamentos ou elementos constitutivos das Capacidades Dinâmicas (CD): detecção- *Sensing*, apropriação- *Seizing*, e transformação –*Transforming* (TEECE, 2007; 2014), e são originadas a partir dos pressupostos oriundos da revisão teórica. Cada uma destas categorias foi subcategorizada em nós, apresentados no quadro 14, originados a partir das evidências do campo e de uma aproximação conceitual com os exemplos dados por Teece (2007) no *framework* dos microfundamentos.

A segunda categoria, Aprendizagem baseada em Práticas (ABP), foi originada a partir das evidências empíricas relacionadas com as práticas profissionais e os microprocessos de aprendizagem identificados. Os nós derivaram tanto de um dos objetivos da pesquisa (*Identificar e descrever os processos de aprendizagem que acontecem no desenvolvimento das práticas de trabalho*) como de elementos identificados na revisão teórica, listados a seguir:

- ✓ *Iniciativas de aprendizagem propostas pela organização* – o indivíduo é peça chave na geração de conhecimento, e por meio de interações e relações lida com situações cotidianas. Desta forma, o conhecimento construído na ABP é algo único, inimitável, pois é sempre emergente, em movimento e dinâmico, consistindo de ordem e desordem, construção e desconstrução de processos, o *knowing in organizing*. As capacidades, nesta perspectiva, não estão separadas da prática, mas estão imbricadas à ação humana reflexiva e coletiva. (GHERARDI, 2009a). O conhecimento dá um caráter distintivo à organização, por meio de suas práticas e de seus saberes, e por estar em constante movimento, cria, renova e transforma capacidades. (ANTONACOPOULOU, 2008).
- ✓ *As práticas e como realmente as pessoas aprendem na organização* - a aprendizagem consiste naquilo que os indivíduos elaboram juntos, nas atividades diárias, no trabalho cotidiano; é um processo social participativo. (GHERARDI; NICOLINI; ODELLA, 1998; BROWN; DUGUID, 1991; NICOLINI; GHERARDI; YANOW, 2003; GHERARDI, 2008). A prática situada é essencial para a análise dos processos pelos quais o conhecimento é compartilhado e disseminado na organização. A dimensão social é a chave para entender as razões que induzem um grupo de atores a praticar continuamente e repetidamente, ajustando suas atividades às contínuas mudanças e ajustando o seu fazer à racionalidade situada do contexto no qual está interagindo, sendo a prática o conhecimento em ação. (GHERARDI; NICOLINI; ODELLA, 1998; BROWN; DUGUID, 2001; SCHATZKI;

KNORR-CETINA; VON SAVIGNY, 2001; CORRADI; GHERARDI; VERZELLONI, 2010).

- ✓ *As práticas e como os profissionais inexperientes ou novatos aprendem* - a aprendizagem do inexperiente ocorre por meio de dicas de colegas mais experientes, modelos de referência para desenvolver o trabalho cotidiano. (GHERARDI, 2005, 2012). O conhecimento está articulado na prática dos indivíduos, nas relações entre os atores, tecnologias, métodos e regras, o que explica como os indivíduos resolvem seus problemas e constroem suas competências na prática. (CARLILE, 2002; YANOW, 2004).
- ✓ *As práticas e como as pessoas aprendem sobre os eventos adversos* - momentos de crises e situações críticas na organização provocam reflexão e desencadeiam processos de aprendizagem (GHERARDI; NICOLINI, 2001; VERA; SALGE, 2011; SALGE; VERA, 2013); quando confrontados com um problema, os indivíduos na organização posicionam-se e agem, usando de criatividade e reflexão, e participam em mudanças. (WENGER, 1998). A aprendizagem no local do trabalho ocorre nas teias de participação (BROWN; DUGUID, 1991) por meio de interações e reflexões coletivas e não está restrita a situações problema ou desencadeada de maneira intencional, mas pode emergir de forma não deliberada.

Para sumarizar esta construção, é apresentada no quadro 14, de forma sintética, a categorização dos dados da fase exploratória:

Quadro 14 Categorias e subcategorias de análise

Categorias	Nós
O <i>sensing</i>	Detectar problemas na infraestrutura e nos cenários de trabalho; Identificar falta de aderência às rotinas e aos protocolos seguros; Reconhecer os riscos da alta demanda de trabalho
O <i>Seizing</i>	Planejar, avaliar e participar da aquisição e manutenção de equipamentos; Aproveitar atividades geradoras de valor, relacionadas ao movimento da acreditação e ao controle de eventos adversos; Aprimorar habilidades de liderança e de supervisão das equipes.
O <i>Transforming</i>	Redesenhar as atividades de educação continuada, considerando as necessidades do cotidiano e a participação das equipes; Integrar as equipes multidisciplinares, favorecendo a troca de conhecimentos e o trabalho em equipe.
Aprendizagem baseada em práticas	Iniciativas de aprendizagem propostas pela organização As práticas e como realmente aprendo na organização As práticas e como os novatos aprendem As práticas e como aprendo sobre os eventos adversos

Fonte- Autora.

4.2 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS DA FASE EXPLORATÓRIA

Aqui, as duas categorias e nós serão apresentados juntamente com representativos trechos de entrevistas, associados aos pertinentes pressupostos teóricos. Ao final de cada nó são destacados os microprocessos, e, ao final, uma síntese dos resultados da fase exploratória é apresentado, e que serve de subsídio para a fase analítica.

4.2.1 Capacidades dinâmicas – o *sensing*

Partindo do conceito de Teece, Pisano e Shuen (1997), Capacidades Dinâmicas (CD) constituem-se na habilidade em integrar, construir e reconfigurar competências - consideradas as rotinas, os processos específicos da organização e a dotação de ativos de difícil imitação - considerando-se um ambiente em constante mudança e repleto de desafios. Nos hospitais, as competências tornam-se visíveis na assistência e na terapêutica prestadas diretamente ao cliente, por meio das interações cotidianas com os profissionais e, neste contexto, a formação continuada da equipe de saúde é fundamental para melhor responder às demandas mutáveis do ambiente e para fornecer serviços de excelência, considerando-se, ainda, os crescentes riscos relacionados à assistência em saúde. O conhecimento compartilhado constitui um elemento essencial para gerar um ambiente favorável ao desenvolvimento de processos de gestão de que auxiliem na formação das CD. (GUERRA et al, 2015).

Como esta pesquisa pretende compreender como a ABP, entendida como os microprocessos cotidianos e coletivos de aprendizagem, contribui para as CD das organizações, a coleta de dados visou identificar alguns dos saberes das práticas cotidianas, aqui considerados os microprocessos organizacionais, que poderiam ser estratégicos, mas muitas vezes não são absorvidos pela organização. Estes microprocessos de aprendizagem baseada em práticas estão embricados nas atividades relativas a investigação de potenciais ameaças e oportunidades (*sensing*), apropriação das possibilidades de mudança (*seizing*) e remodelação e transformação de processos e recursos (*transforming*). Dar visibilidade a estes microprocessos permite evidenciar também as práticas que poderiam ser incorporadas pela organização (gestão), reforçadas e renovadas.

Teece (2007) desagrega as CD em 3 distintas capacidades, às quais estão subjacentes os chamados microfundamentos, ou seja, as “habilidades, processos, procedimentos, estruturas organizacionais, regras de decisão e disciplinas distintas” (p.1319) que formam a base organizacional das capacidades dinâmicas.

A primeira categoria originada nesta pesquisa, o *sensing*, é também a primeira categoria elencada por Teece (2007, p.1326), e que, segundo o autor consiste, basicamente, de “sistemas analíticos e capacidades individuais para aprender e para filtrar, formatar e calibrar oportunidades”, citando como exemplos processos relacionados à seleção de novas tecnologias, à busca de inovações com fornecedores e à identificação de segmentos alvo do mercado e as necessidades dos clientes.

No contexto da saúde, entretanto, esta capacidade de *sensing* está fortemente associada a um olhar intenso e inquieto para a situação interna da organização, seus pontos fracos e as oportunidades de crescimento e melhoria, sendo necessário para todos os membros o acesso às informações, a autonomia para contribuir e a habilidade para identificar as situações críticas para tomada de decisão. Neste contexto, elementos como sensibilidade, intuição, experiência (HODGKINSON; HEALEY, 2011), os saberes tácitos e o empoderamento das equipes operacionais, podem ser constructos intangíveis fundamentais para o desenvolvimento de capacidades, pois são estas equipes que estão inseridas no processo essencial da organização de saúde, o cuidado ao paciente. (OVETVREIT, 2015).

O *sensing*, no contexto da assistência à saúde, engloba as atividades cotidianas relativas a observar, reconhecer e reportar problemas e eventos adversos, ou momentos de *breakdown* (GHERARDI; NICOLINI, 2001), os quais permitem a reflexão e aprendizagem (COOK; BROWN, 1999; VERA; SALGE, 2011), e possibilitam a geração de novas ideias e propostas de melhoria. Nesta tese, a categoria *sensing* recebeu 63 codificações, de 18 diferentes participantes. A seguir, estão descritas as 3 subcategorias de análise, relativas ao *sensing*:

4.2.1.1 Detectar problemas na infraestrutura e nos cenários de trabalho que impactam na assistência

A equipe assistencial é responsável, diariamente, pelo cuidado do paciente, realizado dentro de um cenário que deve favorecer a recuperação e a atenção

segura. Críticas relativas à infraestrutura foram mencionadas por vários participantes. Questões como o mau uso das macas e cadeiras foram consideradas elementos críticos no cuidado, pelo risco que podem oferecer a pacientes e profissionais. Relatos de quase quedas de pacientes decorrentes de não uso das cadeiras de roda para transporte ou de descuido na proteção lateral das macas também foram recorrentes:

“Ainda se faz procedimentos com anestesia geral em maca, para não perder tempo”. (E3) “As macas são um problema. Pode cair paciente dali. E os propés que os pacientes usam, também, já vi escorregarem, poderiam pensar em alternativa.”(T9) “Me preocupo com os monitores em cima do suporte grande na SR”. (T4). “Ficam em cima da maca; se alguém na pressa pega algo, pode deixar cair aqueles enormes e pesados monitores novos, e cai na cabeça da pessoa; me preocupa [...]esse canto da sedação [...]; tenho pânico, os pacientes ficam sentados ali no corredor nas cadeiras esperando sua hora, e vem as camas das salas com pacientes, quem traz não vê aqueles sentados. E as grades nas camas, me preocupam sinceramente, é só questão de manutenção, pois as grades caem, é preciso manutenção preventiva”.(T2) “As camas são perigosas as vezes, porque nós também não recebemos aquelas que foram para as unidades? Elas foram improvisadas aqui “. (T5) “E o limite de peso, poucos dão importância para isto nas mesas cirúrgicas”. (T6) “Sobre estrutura, tem de ter mais cadeiras, e projetar melhor espaço físico para mobilidade, porque tem risco [...], fica uma cadeira de frente para outra, tenho de passar com cadeira de rodas entre estes dois pacientes. A cadeira de rodas não cabe também na sala, comigo, o médico e tudo mais. O banheiro também é pequeno, o espaço é um problema.” (T1).

Ainda, em relação à infraestrutura, os espaços reduzidos de circulação e de disposição dos pacientes foram elencados como obstáculos à segurança, a medida em que dificultam acesso da equipe profissional ao paciente, facilitam lesões traumáticas e contribuem para tornar o ambiente de trabalho insalubre.

“Falta maca, não tem espaço para os pacientes ficarem.” (T1). E os idosos! Fiquei muito na sedação e lá fica lotado, na hora de vestir passo o acompanhante [...] tem de ter ajuda do acompanhante no vestir. Especialmente do idoso. [...] Mas é difícil pelo espaço, porque se tem 5 pacientes, tem mais 5 acompanhantes, é muita gente”. (T3) “A sala de desinfecção tem risco tanto para o pessoal como para o paciente, porque o cheiro dos produtos chega até nas salas, é tudo muito junto, não tem circulação de ar”. (T8).

Considerando a prioridade dada à segurança do paciente em serviços de saúde na agenda da Organização Mundial da Saúde (OMS), o Brasil conta com o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Inserido neste programa e alvo de inúmeras pesquisas na área da assistência à saúde, um importante aspecto diz respeito ao risco de agravos aos pacientes decorrentes de quedas, enquanto sob os cuidados do profissional. O receio pelo risco de quedas iminente foi fala constante de muitos participantes, que apontam dois principais facilitadores: a falta de aderência às normas de segurança e as deficiências na infraestrutura. O redesenho das áreas de atendimento para minimizar risco aos pacientes é uma atividade a ser considerada pela gestão, a partir destas questões levantadas pelos participantes.

“Precisamos evitar quedas” (E2, E3, E4, T1, T2, T3, T9); “Também tem de se cuidar mais de o paciente ir para a sala de cadeira de rodas, especialmente idoso, acho que a cadeira é pouco usada. Por exemplo, a mãe carrega criança no colo, e pode tropeçar, se passar mal, o uso da cadeira deveria ser mais usado, para criança, mãe, idoso”. (T7).

E, finalmente, existem problemas com o sistema informatizado de dados, especialmente no que diz respeito ao acesso da equipe ao prontuário eletrônico, conjunto de documentos digitais que carrega todo o histórico e o presente de cada paciente. A acessibilidade ao prontuário é condição essencial para registrar todos os eventos relacionados ao mesmo, como medicações e procedimentos, mas as condições estruturais ainda não atendem em sua totalidade às necessidades da equipe, que tem dificuldades em acessar computadores (disponíveis em número reduzido) ou tem dúvidas no preenchimento de algumas informações pelo pouco domínio de algumas plataformas e programas com elementos não amigáveis para os usuários da equipe assistencial, tanto da enfermagem como da equipe médica.

“Tem registro no sistema, [...] e a meta é para todos. Ainda não é possível, tem pacientes que não se consegue registrar, por um problema no sistema, mas isto evitaria erros, garantiria mais segurança”.(E3). “É difícil mexer no sistema, eu pergunto para os colegas, a maioria não sabe bem registrar na prescrição (médica)”. (T5).

A preocupação com as falhas no sistema informatizado foi também citada na fala de alguns participantes, quando se referiram à subnotificação de eventos adversos presenciados, devido tanto à falta de domínio da plataforma como ao desconhecimento de sua responsabilidade nesta atividade, como profissional envolvido no cuidado.

“Penso que não somos muito estimulados a comunicar, fico na dúvida se os funcionários realmente contam as coisas que acontecem, tanto de parte deles, como dos médicos. Não vejo um grande estímulo e apoio na notificação dos eventos adversos”. (E6) “Sistema informatizado de notificação de eventos adversos? [...] conhece, pois teve uma palestra sobre isso no anfiteatro. Mas nunca usou, nem sabia que podia.” (T12). “No sistema do computador agora tem um jeito de registrar tudo que acontece, mas não sei se estão mesmo usando, eu não sou envolvido nisso, assim como meus outros colegas técnicos.” (T9).

A questão da subnotificação dos eventos adversos (EA) ultrapassa os problemas com infraestrutura. Como será descrito mais adiante, esta atividade requer conhecimento, comprometimento e empoderamento da equipe. Porém, questões relacionadas a infraestrutura do cenário de trabalho não são triviais, como afirma Alexandre (1998), pois o espaço físico disponível para atendimento de pacientes e utilização de equipamentos pelo pessoal impactam na qualidade da assistência à saúde, e o subdimensionamento de espaços restringe os movimentos, sendo portanto prejudicial. “É importante que se projete adequadamente o arranjo físico e dimensões da área de trabalho bem como os equipamentos e mobiliários do local [...] adaptados às necessidades humanas” (ALEXANDRE, 1998, p.104), para garantir a segurança tanto dos clientes como dos profissionais. (JUN; WARD; CLARKSON, 2010).

Em síntese, pode-se dizer que o destaque dos microprocessos nesta subcategoria está em: **As práticas requerem infraestrutura adequada, com melhores e mais seguros equipamentos, espaços otimizados e um sistema informatizado disponível e amigável ao usuário.**

4.2.1.2 Identificar falta de aderência às rotinas e aos protocolos seguros

Na assistência à saúde, o cuidado é direcionado às necessidades do paciente, dentro de padrões e protocolos que descrevem os passos críticos e seqüenciais a serem seguidos por todos os profissionais, elaborados conforme diretrizes da própria organização e *guidelines* internacionais, atualizados sistematicamente. Respeitando-se o imprevisível e as necessidades sempre mutáveis dos pacientes, os cuidados padronizados consistem em diretrizes detalhadas que representam o “atendimento previsível, indicado para situações específicas o que irão impulsionar as organizações para o desenvolvimento da melhoria de seus processos e resultados”. (GUERRERO; BECCARIA; TREVIZAN, 2008, p.27).

Estas rotinas são reconhecidas pelos profissionais de saúde, em especial da enfermagem, por constituírem-se como guias de ação. Entretanto, dado o caráter reflexivo do cuidado, sempre ocorrerão mudanças, pois “o saber não esgotará nunca sua recriação, direcionando outros caminhos de ação e, assim, integrando o saber ao fazer”. (GUERRERO; BECCARIA; TREVIZAN, 2008, p.31). Na ótica dos participantes desta pesquisa, as rotinas ou roteiros padronizados que descrevem atividades, denominados de POP (Procedimento Operacional Padrão) são de extrema importância, e contribuem para a qualidade no cuidado. Porém, críticas são feitas à falta de observação de alguns princípios mínimos, que garantiriam maior segurança:

“ O check list nas salas, se não for feito, pode dar grande problema, como na oftalmo, trocar olho da cirurgia”. (E2). “Hoje todos aplicam a marcação, com exceção de um caso [...] que o médico as vezes não quer aplicar”. A mudança de hábito ainda não ocorreu com todos, não entrou no DNA, não internalizou. Cada um faz no seu quadradinho, mas poderia ser mais profissional. É óbvio que não pode, mas parece que pessoas não sabem o óbvio, e fazem. ‘Só que isto é o mínimo dos mínimos dos mínimos. Isto dá qualidade à assistência”. (E4). “Isto não foi discutido, e precisamos [...]. O processo feito com esses ‘jeitinhos’ nos preocupa, isso perde a qualidade e segurança”. (E5). “O POP não é seguido! Primeiro devia chamar familiar, depois levantar, depois descer da cama para checar se está bem. Aí, sim, posicionar paciente, e retirar acesso venoso por último para se preciso ainda poder dar medicação. (T2) “Se a gente resolve fazer cada um a sua maneira, pode dar problema sério; um deles se deu mal uma vez, porque não quis esperar a gente levar o paciente, ele quis levar, e saiu com o paciente em direção a sala, no meio do caminho se

deu conta que não era o certo. Ou seja, mudou a forma correta de fazer, e deu problema”. (T7).

Há um descontentamento em relação a atual forma de elaboração das rotinas, que ocorre sem a contribuição do pessoal de linha de frente:

“Os técnicos não estão sendo envolvidos no processo, eles até participam na hora do problema, mas não sabem do seguimento da discussão sobre o caso e não opinam, o que é pena; É tudo muito separado, sem integração, dificulta envolvimento e participação institucional e piora a qualidade. As pessoas ficam pouco a vontade de participar, para não comprometer a hierarquia.” (E4). “Tem até POP sobre isso, como evitar quedas, mas a gente não estava envolvida quando escreveram, né? Isso continua a ocorrer. Acho que os técnicos não estão muito envolvidos com a segurança do paciente, através de conscientização, insistência, que isso é prioridade e é um fator importante no hospital, que não é só preencher papel ou cumprir metas” (T1). O problema é que as vezes a gente fica fora dessa discussão, como técnicos (T4) “A gente é que presencia o dia a dia e vê os erros, e eu até posso dizer que identifico o erro antes dele acontecer, e isso não está escrito.” (T9).

Nesta última fala identifica-se também outro aspecto importante em relação a padronização: Há elementos subjetivos no cuidado que ultrapassam os limites dos *guidelines* escritos, e requerem, da equipe profissional, sensibilidade, juízo crítico e espaço para participação e contribuição.

“Há coisas que não estão escritas nas rotinas, mas que valem muito”. (T12).

O Procedimento Operacional Padrão (POP), descrito por Lousana (2008) como método para fazer com que os processos sejam realizados sempre de uma mesma forma, surgiu após a revolução industrial, dentro da lógica de padronização de processos. Entretanto, mesmo relevante do ponto de vista da segurança e prevenção de eventos adversos e riscos, tem, na saúde, um caráter diferente da lógica da produção industrial: não estão limitados a processos estáticos de descrição de atividades, mas representam processos mais simples, experienciais e até instáveis, que podem levar a resultados esperados e também a novas construções, novas formas de trabalho e a inovações e que seriam aprimoradas se recebessem sistemáticas revisões, baseadas nos questionamentos e na colaboração do

pessoal da “linha de frente”, que enfrentam e lidam com os problemas e inconformidades do cotidiano.(SALGE; VERA, 2009).

James Reason, um dos precursores no estudo dos eventos adversos na saúde e suas causas, afirma que os erros podem vir de inúmeras formas: “A má aplicação de uma boa regra; a aplicação de uma regra ruim; ou a falta de aplicação de uma boa regra”. (REASON, 1995, p.81). Uma das críticas apontadas pelos participantes foi em relação à falta de aplicação de uma boa regra, como a relacionada ao transporte e também a identificação dos pacientes, por parte da equipe multidisciplinar, associada à falta de supervisão e acompanhamento das ações:

“Tem de ter norma para que as coisas sejam feitas como devem, e fiscalização. Até que pra nós técnicos tem supervisão, mas e para os médicos? Qualidade é pra todos, né?” (T9).

Trariam grande contribuição à organização processos de identificação e seleção das melhores práticas com os pacientes, evitando riscos, além do redesenho das rotinas agregando as tecnologias leves, ou seja, os saberes oriundos das práticas, produzidos “no trabalho vivo em ato”, e que “condensam em si as relações de interação e subjetividade, possibilitando produzir acolhimento, vínculo, responsabilização e autonomização”. (FERRI et al, 2007, p.518). A aplicação das melhores práticas implica também em mobilização e comprometimento de toda equipe no desenvolvimento de habilidades em identificar situações de risco, ou eventos que não estão de acordo com os protocolos, e, assim, diminuir a chance de erros.

Sintetizando, pode-se dizer que o destaque dos microprocessos nesta subcategoria é: **As rotinas são guias de ação para as práticas, mas por muitas vezes estão distantes da realidade e dos problemas do cotidiano, não contemplando os saberes e experiência da equipe. Ainda, muitos protocolos críticos não são seguidos, por falta de supervisão, o que impacta na segurança do paciente e na qualidade da assistência.**

4.2.1.3 Reconhecer os riscos da alta demanda de trabalho

Ao questionar os participantes sobre riscos e obstáculos ao cuidado seguro e de qualidade, vários foram os posicionamentos acerca da elevada demanda de trabalho e crescente busca por aumento da produtividade. Dado o fato de que os trabalhadores da saúde, em específico da enfermagem representam, em termos quantitativos, importante parcela dos recursos humanos alocados nos hospitais, há um potente impacto nos custos globais da organização, e daí, muitas vezes, origina-se o subdimensionamento. “Assegurar um quadro de trabalhadores adequado aos objetivos e finalidades do hospital constitui um desafio permanente à medida que se toma por referência processos assistenciais qualificados. (LAUS; ANSELMINI, 2008, p.682).

Cabe ressaltar que este não é um problema específico do cenário de saúde brasileiro. A carência de profissionais técnicos, em especial da enfermagem, é uma realidade em muitos países (SCHOFIELD; EARNEST, 2006; OULTON, 2006; JURASCHEK et al, 2012; WHO, 2015) e motivo de preocupação para gestores dos sistemas de saúde públicos e privados.

“Temos excesso de pacientes para se cuidar na recuperação, muitos pacientes admitidos ao mesmo tempo, muitos procedimentos”.(E2); “Querem produtividade, mas perde a qualidade. Enfrentamos correria; muitos procedimentos” (E3); “Geralmente os eventos, a gente prevê eles acontecerem, nós trabalhamos “debaixo de mau tempo”, com alta carga de trabalho de tarefas e responsabilidades, especialmente para o enfermeiro” (E4). “Várias demandas externas estão sendo postas antes de ser verificar a real capacidade do setor” (T8); “A falta de pessoal é um problema”(T9).

Moriguchi et al (2011) afirmam que no caso de demandas excessivas de trabalho, poderão ocorrer diferentes consequências à saúde do trabalhador, implicando riscos físicos, biomecânicos e psicossociais/organizacionais com diversos agravos à saúde física e mental. Além disso, Clements et al (2008) denunciam que a busca de eficiência por meio do aumento de demanda de procedimentos e superlotação, bem como pela falta de pessoal em algumas organizações de saúde leva a sistemas de saúde altamente estressados, com indesejáveis e sérios efeitos na segurança do paciente e qualidade do cuidado.

Reason (1995) ainda destaca que as chamadas falhas latentes, como o déficit de pessoal e a excessiva carga de trabalho, ocorrem nos diversos níveis organizacionais, e criam as condições ideais para o desencadeamento de erros e violações. (SOUZA; UVA; SERRANHEIRA, 2010). Para evitar estas situações, muitos participantes apontam a necessidade de rever as escalas de pessoal e escalas de procedimentos, pois são elementos que organizam a dinâmica de trabalho na unidade e, se bem elaboradas e acompanhadas, auxiliam na otimização da assistência e no cuidado seguro:

“Não sei porque não começam antes as cirurgias. Se nós já estamos aqui o tempo todo, se o paciente já chegou e está preparado, porque só começa as oito da manhã? Ficamos depois correndo o resto do dia, porque não se aproveita todos os horários que podia”.(T2); “É sempre assim, chega fim da tarde e todo mundo corre, depois é aquele medo de dar coisa errada, né. Acumula tudo, e não precisava ser assim. Era só coordenar a escala, que pessoal e material tem.” (T8).

O controle de processos chave, como a gestão da escala de procedimentos, pode impactar tanto na produtividade da unidade, como na qualidade do cuidado prestado, além da satisfação do pessoal. A sobrecarga de atividades das equipes pode gerar risco, e, portanto, é um aspecto relevante a ser considerado e apropriado pela gestão.

Sintetizando, pode-se dizer que o destaque dos microprocessos nesta subcategoria é: **As práticas são impactadas pela sobrecarga dos profissionais, oriunda de gargalos na demanda e má gestão de escalas de pessoal e de procedimentos, comprometendo segurança e qualidade.**

4.2.2 Capacidades dinâmicas – o *seizing*

Ao explicar a capacidade de *seizing*, Teece (2007) destaca que a capacidade de decidir pelas oportunidades mais promissoras é uma atividade muito complexa, e requer estruturas, procedimentos, desenhos e incentivos para aproveitá-las. O autor enumera algumas atividades como a seleção das fronteiras da organização, considerando as especificidades dos ativos e o controle de seus gargalos, o delineamento do modelo do negócio, a criação de protocolos de tomada de decisão, além de elementos como a comunicação eficaz e a liderança.

Nesta pesquisa, a segunda categoria de análise engloba as atividades cotidianas relativas a apropriação das possibilidades de mudança no contexto da saúde, e traz à tona elementos cruciais como autonomia da equipe na tomada de decisão, liderança e especificidades da organização, como o valor gerado pelo movimento da acreditação. Após a leitura e análise no Nvivo®, foram codificadas, de 14 fontes, 38 referências, que deram origem a 3 subcategorias de análise:

4.2.2.1 Planejar, avaliar e participar da aquisição e manutenção de equipamentos

A aquisição e manutenção de equipamentos é uma atividade chave para a garantia da assistência de qualidade em saúde. Uma das questões trazidas pelos participantes foi a falta de envolvimento dos mesmos na seleção dos insumos, visto que a falta de qualidade ou inadequação de alguns produtos e equipamentos tem sido percebidas como fatores contribuintes para problemas na assistência.

“O técnico de manutenção apenas resolve problemas, quando o correto seria a manutenção preventiva, ou seja, a vistoria e conferência antes de usar equipamentos.” (E1); “Eu nem pude opinar, mas compraram errado, inadequado, não tinha qualidade: resultado? [...] não foi usado e ainda atrasou a sala”. (E4); “A falta de planejamento do material é muitas vezes, motivo de suspensão e atraso de cirurgia”. (E5); “A engenharia está desconectada da prática. Algumas decisões partem deles, que em teoria são compartilhadas, mas não são”. (T5); “Outro evento adverso, do [...]; o problema estava na improvisação deste material, o insumo não tinha qualidade, e a gente já sabia disso” (E2); “As pessoas envolvidas não são chamadas; é tudo muito separado, sem integração, dificulta envolvimento e participação institucional. As pessoas ficam pouco a vontade de participar, para não comprometer a hierarquia.” (E4); “Não adiantava fazer toda uma mudança se o básico não estava sendo feito[...] relacionado a materiais, equipamento”. (G1); “A informática veio para ficar, é bom, mas toda vez que implantam novo, tem de primeiro ver como aquilo vai impactar [...]”. (G2).

Planejar a aquisição e manutenção de equipamentos considerando a participação da equipe envolvida no cuidado é um aspecto relevante a ser considerado pela gestão. Mehry (2002) afirma que nas tecnologias duras, ou nos equipamentos, máquinas e demais materiais, residem saberes e fazeres bem

estruturados e materializados, e que são dependentes de práticas cotidianas, constantemente revisitadas e reconfiguradas.

O dimensionamento de materiais e equipamentos, além de sua disponibilização em tempo e condições de uso adequados, são fatores que podem condicionar, inclusive, a dinâmica de trabalho da unidade; a inadequação de materiais e a falta de manutenção preventiva foram relatados por alguns participantes, como geradores de gargalos na assistência, atrasando e até suspendendo procedimentos, o que implica custos sociais e emocionais para o paciente, e custos econômicos para a organização.

Teece (2007) destaca que os processos de tomada de decisão em organizações hierárquicas envolvem aspectos burocráticos que são úteis para muitos propósitos, mas que limitam as inclinações para inovação. Considerando-se que a organização de saúde nesta pesquisa é uma empresa pública de direito privado, os processos de aquisição de insumos e equipamentos são restritos, e condicionados a protocolos de licitação pública, que muitas vezes engessam e atrasam a disponibilização dos mesmos. Entretanto, mesmo considerando-se esta limitação, erros de escolha e de tomada de decisão no planejamento poderiam ser evitados com maior participação dos envolvidos nas atividades cotidianas, por meio de integração e coordenação com as chefias intermediárias.

Sintetizando, pode-se dizer que o destaque nos microprocessos nesta categoria é: **Os profissionais, com seus saberes da prática, podem contribuir para planejar, avaliar e também participar da aquisição e manutenção de equipamentos, essenciais para o cuidado seguro e de qualidade.**

4.2.2.2 Aproveitar atividades geradoras de valor, relacionadas ao movimento da acreditação e ao controle de eventos adversos

No período da coleta de dados, o Hospital estava passando por processos de avaliação e reconstrução interna, como preparo para o processo de Acreditação por auditor externo, que foram estendidos a todos os níveis na organização, e, de forma bastante consistente, envolvendo os profissionais da enfermagem. Estes processos, previstos pelo Ministério da Saúde e baseados em padrões ótimos de assistência internacionais, elaborados pela *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) ou *Joint Commission International* (JCI), prevêem a

participação voluntária das instituições de saúde, buscando a melhoria contínua da qualidade. Os processos que envolvem a candidatura da organização hospitalar, a submissão às visitas de certificação e o próprio rito de acreditação são extremamente complexos, demandando investimentos consideráveis em termos financeiros e sociais, e tem horizonte de longo prazo, mas repercutem positivamente na assistência ao paciente. (WOCHER; ROETHLER, 2014).

Neste Hospital, o processo de Acreditação aconteceu por vários meses, antes e após o período da coleta de dados, pois o mesmo abrange uma etapa preparatória, de revisão de processos e rotinas, e posterior adequação e conformidade. Foi notório o efeito das medidas preparatórias e conformatórias nos processos de trabalho e também nas discussões cotidianas. O chamado “efeito JCI” (termo criado pelos respondentes) foi mencionado por grande parte dos participantes, que atribuíram melhoras significativas nas práticas e nos cenários de trabalho, em decorrência da avaliação externa iminente.

“Foi bem falado quando veio a JCI” (E1, E7); “Foram todos treinamentos gerais sobre o tema para o hospital, em preparo a visita da JCI”.(E3); “Particpei do momento inicial da comissão [...] criada já prevendo a acreditação que viria” (E4); “Treinamentos [...] sobre o manual de metas da JCI” (T1); “Se trabalhou muito as 6 metas da JCI” (T3); “A gente se preparou pra visita da acreditação” (T4); “As metas foram a base para a gente recordar tudo e prestar atenção [...], mesmo depois que JCI passou, está se seguindo isto”(T5); “Essa questão foi abordada quando da visita da JCI e está sendo ressaltada”(T6); “Agora tem anestesista todo o tempo, isto foi uma conquista, sempre tem alguém da anestesia presente na recuperação”(E3); “A organização de tudo melhorou com a JCI” (T7); “O hospital deu um salto em termos de segurança do paciente”(T9).

Entretanto, mesmo destacando o efeito positivo nas ações da equipe, também foi recorrente o relato de que as medidas não foram sustentadas e mantidas após o período de avaliação:

“Teve treinamento institucional, para preparar a visita da acreditação. Não se repetiu. Algumas coisas se perderam” (E5); “Foram intensificados os cursos na época da JCI, depois diminuiu muito” (E6); “A JCI trouxe muita mudança para nós, e para melhor, mas tem gente que nem se envolve. Enfermeira, inclusive, tu acreditas? (T10); “Eu acho que falta comprometimento de todos. Dos médicos, então, nem se fala”. (T13).

Neste contexto, percebe-se que a organização não aproveitou a contento a oportunidade oferecida pelo “efeito JCI”, ou seja, as possibilidades oriundas da revisão, reconstrução e transformação nos processos e rotinas. Teece (2007) argumenta que um modelo de negócios deve ser capaz de sustentar e explorar novas oportunidades assim que elas surjam, considerando-se a escolha entre manter e melhorar as competências existentes mas também investir fortemente em tecnologias e em projetos aceitos e valorizados pelo ambiente externo. A tomada de decisão em relação a este *trade-off* é processo complexo, que exige competência empreendedora e gerencial para ir além da aquisição de recursos, investindo no desdobramento e combinação dos mesmos para gerar valor ao cliente final.

Ainda dentro desta lógica, outro aspecto destacado pelos participantes foi o relacionado ao subaproveitamento do novo sistema informatizado de notificação dos eventos adversos, aspecto já mencionado em categoria anteriormente descrita. No Hospital, a primeira forma de comunicação dos profissionais acerca da incidência de erros e eventos adversos relacionados à assistência era em formulário escrito, conhecido como “folha amarela”, documento que depois era encaminhado ao setor de Gerência de Risco. O propósito deste formulário, recomendado pelos programas de segurança em saúde do mundo inteiro, é identificar a incidência e o tipo de situação adversa ocorrida, de forma a garantir melhoria contínua, promovendo cultura proativa e permitindo identificação de indicadores de segurança e qualidade. Não tem o propósito de ser punitivo, mas visa a abertura de informações após a ocorrência de eventos adversos e erros, possibilitando o mapeamento e elaboração das estratégias de solução. (LIPIRA; GALLAGHER, 2014).

No Hospital este sistema manual foi sendo, aos poucos, atualizado para um sistema informatizado de notificação:

“Não se pretende eliminar a ficha amarela, mesmo após todo sistema funcionar bem, mas a informática realmente deve avançar. Desde 7 de janeiro, após vários testes e estudos, se implantou um sistema informatizado de notificação, com uso de software, mas que ainda está muito incipiente, pois recém começou.” (G2).

Observou-se que os profissionais enfermeiros estavam mais envolvidos nas notificações, tanto as manuais como as informatizadas; já os técnicos não

partilhavam do conhecimento sobre estas estratégias, nem mesmo acreditavam ser de sua alçada participar nestes processos:

“Mas quanto ao retorno desse caso não sei, não sei se foi feita alguma comunicação, ou tomada providência. Não fico sabendo se alguém está fazendo alguma coisa, alguma medida para resolver, não sei” (T1); “Um sistema informatizado de notificação de EA? Conhecem, pois teve uma palestra sobre isso (...) mas nunca usaram, nem sabiam que podia. Sabem que tem também uma ficha amarela para comunicar um problema ou evento adverso; Acham que não tem muito a ver, como técnica, isso é coisa para as chefes verem e comunicarem, né? Cabe a elas decidirem e fazer alguma coisa para melhorar; só ouvimos falar da ficha amarela, mas nunca preenchemos[...] já ouviram falar da ficha amarela, tem uma caixa no corredor, bem na vista, para colocar. Mas não preencheram, achavam que era coisa para as enfermeiras fazerem” (T12); “A gente preenche a ficha de evento adverso, mas eu vejo muito pouco o pessoal preencher” (T3); “Tem notificação que a enfermeira faz, mas não sei o que dá depois disso, não somos, como técnicos, muito envolvidos nestas questões” (T8); “Eu sei que tem uma folha amarela que as enfermeiras comunicam quando dá erro, e no sistema do computador agora tem um jeito de registrar tudo que acontece. Mas não sei se estão mesmo usando, eu não sou envolvido nisso, assim como meus outros colegas técnicos” (T9); “A ficha de notificação ainda é pouco conhecida, mas mais do que o sistema informatizado. Este sistema ainda não foi orientado de forma apropriada a todos, concentraram esforços inicialmente na sensibilização das enfermeiras”. (E6).

A organização de um banco de dados sobre eventos adversos é uma medida de extrema importância para a segurança do cuidado em saúde, e a Organização Mundial de Saúde dispõe do *Vigibase®*, repositório que continha, até abril de 2015, cerca de 10 milhões de notificações. Entretanto, embora o Brasil participe do programa desde o ano de 2001 (ANVISA, 2015), elementos como a falta de disponibilidade dos sistemas de informação e a incapacidade de hospitais para implementar sistemas de monitoramento efetivos (GOUVÊA; TRAVASSOS, 2010) podem ser obstáculos para o desenvolvimento de indicadores realistas e efetivos. Além disso, um sistema de medição prospectiva dos eventos, usado pelos profissionais de saúde para melhorar a segurança, deve ser precedido por sensibilização e treinamento adequado de todos os envolvidos (POWER et al, 2015), especialmente as pessoas diretamente envolvidas no cuidado diário.

As experiências e contribuições da vivência do processo de Acreditação foram muito positivas, na percepção de muitos participantes, pois agregaram valor

ao cuidado, na medida em que trouxeram inovações e melhorias nos processos de trabalho. Estes novos elementos foram percebidos pelos profissionais, absorvidos e colocados em prática, porém, nem todos foram mantidos, sobre o que lamentam alguns participantes:

“A JCI mudou o hospital em termos de segurança. Primeiro foi imposto, mas agora, entrou no DNA, as práticas vão continuar, mesmo que não se siga mais a JCI. Elas incorporaram na prática, e não se admite o paciente entrar no CCA sem pulseira agora. Foi um marco na nossa vida a questão da segurança. Mas então...por que a não mantivemos?” (E1); “Deveria a direção do hospital insistir nessas melhorias, deram tanto trabalho, mudaram a cabeça das pessoas, e agora...se perderam? (T8).

Sintetizando, pode-se dizer que o destaque dos microprocessos nesta subcategoria é: **O processo de Acreditação agregou valor às práticas cotidianas dos profissionais e trouxe diversas melhorias: o sistema informatizado para colaborar na prevenção de eventos adversos, os treinamentos sobre metas internacionais, a observância às regras e protocolos. Entretanto, elas não foram sustentadas, e muitos profissionais não conhecem nem usam o sistema informatizado de notificação, que trouxe diversas inovações.**

4.2.2.3 Aprimorar habilidades de liderança e de supervisão das equipes

A responsabilização dos envolvidos em agravos e violações à segurança do paciente foi um dos temas debatidos no 16º Congresso Anual sobre a Segurança do Paciente, realizado pela agência americana *National Patient Safety Foundation* (MCTIERNAN et al, 2015). A responsabilidade que as lideranças na área da saúde tem, em relação a assistência segura e de qualidade, é a de orientar, acompanhar e supervisionar os profissionais que executam este cuidado no cotidiano. Segundo Liberali e Dall’Agnol (2008) a supervisão do profissional enfermeiro é um instrumento gerencial, e tem relação com a qualidade dos serviços oferecidos à população. A maior participação das chefias diretas na supervisão da equipe operacional, bem como sua real co-responsabilização junto aos demais atores foram elementos apontados pelos participantes como incipientes no Hospital. Alguns dos

respondentes, pertencentes à categoria de técnicos, apontaram “pedidos” para as chefias:

“envolverem-se mais com as práticas, com supervisão direta e acompanhamento dos funcionários, especialmente novos, e não tanta preocupação com planilhas e reuniões inefetivas” (T11); “Tem de cobrar mais, são sempre os mesmos que fazem. Não são todos! Precisam continuar cobrando isso, as enfermeiras” (T3); “Atrasa a escala, tá tudo marcado para as sete, pra começar oito, e começa nove [...] nisso aí se perde tempo[...]acho desperdício, mas não depende da gente fazer alguma coisa, é para as chefias, que deviam estar vendo isso” (T12); “Falta mais cobrança das chefias em cima das técnicas, das rotinas, se seguir o que foi preconizado, não tem erro”.(T13).

A supervisão, ainda, deve acontecer para todos os profissionais, na ótica de um participante:

“Queria que os mesmos treinamentos que a gente recebeu, sobre riscos, e eventos adversos, fossem dados aos médicos”. (T7); “E para os médicos? Eu vejo que tem alguns muito sérios e que trabalham bem, pensam na segurança dos pacientes, mas outros não nos respeitam, não nos ouvem [...] até desrespeitam, e aí, já vi acontecer erros” (T8).

No trabalho multidisciplinar em saúde, evidencia-se ainda um trabalho fragmentado, heterogêneo, composto por diferentes saberes. A assistência é caracterizada por subjetividades e por uma variedade de processos de trabalhos coexistentes e distintos mas que tem, na sua essência, a mesma finalidade. Entretanto, a “fragmentação conceitual, do pensar e fazer, da técnica (pluralidade profissional) e social (divisão social do trabalho e entre as categorias)” além de questões derivadas de relações interpessoais entre os profissionais da equipe, podem impactar no paciente de forma significativa. (GELBCKE; MATOS; SALLUM, 2012, p.35). O trabalho em equipe é um grande desafio, hoje, nas organizações de assistência à saúde, sendo necessário um repensar dos papéis e das relações de poder, por meio de comunicação e integração eficazes. Isto é percebido por um participante, quando cita que:

“O principal obstáculo é a hierarquia, tudo é muito fechado em compartimentos que não se conversam, o conhecimento deveria ser mais

compartilhado. Os chefes tem dificuldade de ver os caminhos que podem melhorar os processos internos”.(E4).

A gestão tem um papel essencial na construção de lealdade e de comprometimento das equipes e no desenvolvimento de habilidades, não ligadas às atividades cotidianas, mas que permitem aos profissionais da organização, em todos os níveis, e de forma coesa e interdisciplinar, agir em prol de mudanças e aderir às inovações. (TEECE, 2007; ANDREEVA; CHAIKA, 2006). Sintetizando, pode-se dizer que o destaque dos microprocessos nesta subcategoria é: **As práticas são percebidas como fragmentadas, faltando maior trabalho em equipe e integração multiprofissional. As lideranças tem seu papel reconhecido, mas devem aprimorar a supervisão.**

4.2.3 Capacidades dinâmicas – o *transforming*

Uma vez que as oportunidades foram identificadas e aproveitadas, devem ser garantidas as atividades relativas a mudança, renovação ou transformação de processos e recursos. Ao explicar esta capacidade de transformação, Teece (2007) destaca elementos como governança, descentralização e coespecialização para alinhar e realinhar ativos específicos, dando um destaque, porém, para o papel da aprendizagem e da gestão do conhecimento. Haja visto esta conexão entre o *transforming* e a aprendizagem, é relevante sinalizar que esta categoria de análise mostrou diversos cruzamentos com as subcategorias seguintes, da Aprendizagem Baseada em Práticas.

No contexto desta tese, também a transformação da organização e a construção de novas capacidades passa por um novo olhar para a aprendizagem. A geração e o compartilhamento do conhecimento são elementos essenciais para que esta organização se reconstrua e se renove. Os processos genéricos de conhecimento, ou seja, a acumulação e absorção, a integração, a utilização e a reconfiguração do conhecimento são essenciais para o desenvolvimento de novas capacidades e mudanças na própria capacidade operacional da organização. Ressalta-se, porém, que, “dada a natureza complexa do conhecimento, estes quatro processos estão necessariamente sobrepostos e ambíguos” (ERIKSSON, 2014, p.69) e não consistem em processos estáticos e singulares. Vistos pela lente da

ABP, os processos de geração de conhecimento são ativos, dinâmicos e são construídos desde a base operacional da organização, podendo ser conectados até seus níveis hierárquicos mais elevados.

Após a leitura e análise no Nvivo®, foram codificadas, de 15 fontes, 42 referências da categoria *transforming*, que deram origem a duas subcategorias de análise:

4.2.3.1 Redesenhar as atividades de educação continuada, considerando as necessidades do cotidiano e a participação das equipes

Os processos genéricos de ensino e aprendizagem (ERIKSSON, 2014) estão sendo, segundo dados da pesquisa, subaproveitados nesta organização, o que é de extrema importância, pois “os processos pelos quais a organização adquire suas capacidades não podem ser separados daqueles como adquire o conhecimento”. (PANDZA et al, 2003, p. 1028). Nos hospitais, a lógica de aquisição de novos conhecimentos passa por modelos de treinamentos em serviço, com fontes internas, sob a responsabilidade de equipes especializadas em educação na saúde, e externas, como os que atualmente são extraídos dos manuais de acreditação hospitalar.

São necessárias, entretanto, estratégias para integrar estes conhecimentos, com o auxílio de sistemas de informação e da construção e aplicação de rotinas e protocolos de cuidado. Os conhecimentos precisam, ainda, ser utilizados e sistematicamente compartilhados, considerando-se os saberes tácitos e embriados nas práticas cotidianas, como pré-requisitos das capacidades. (BERGMAN; JANTUNEN; SAKSA, 2004). E, finalmente, a reconfiguração do conhecimento é um processo chave para a transformação da organização, identificando elementos estratégicos que podem ser modificados, sustentados ou revistos, com o objetivo de reagir a ameaças, identificar oportunidades de crescimento e de melhoria e, em última análise, construir capacidades.

Nesta pesquisa, evidencia-se que os processos de ensino e aprendizagem estão concentrados em atividades pontuais e com abordagens tradicionais, oriundas de decisões das gestões intermediárias. As equipes de trabalho participam destas múltiplas atividades, seja por adesão espontânea ou por indicação das chefias. Mas, na prática, outros processos, caracterizados como subjetivos, dinâmicos e geridos

nas atividades básicas da organização, na assistência que é prestada pela linha de frente, estão originando conhecimentos que vão sendo adquiridos, compartilhados, explorados e transformados.

“Criou-se inclusive uma questão específica no checklist sobre confirmação da indicação correta da cirurgia, a partir do que se aprendeu na prática” (E8); “A engenharia está desconectada da prática, compra insumos, recebe, passa para a área, que recebe o insumo, o leva para a linha de frente, mas sem assessoria técnica, sem conhecer e treinar; não devia ser o contrário, nós é que percebemos no dia a dia as necessidades e as características dos produtos e equipamentos, a partir daí poderiam vir os treinamentos”. (E5); “Sente falta de mais treinamentos e formação específica(...) temos tantas ideias no dia a dia”.(A1); “Acompanho os funcionários, identifico situações de desconformidade na prática, e vamos trabalhando isto, gerando novos conhecimentos”(G1); “Se identifica que os processos precisam ser reavaliados, refeitos, muitos não são seguros(...) e em cima dos dados levantados na etapa reativa, se faz a proativa, a criação de programas”.(G2); “A enfermeira do SEDE⁴ a partir do que sabemos e fazemos na nossa rotina, trabalha os pontos fortes e assim continuamos a aprender”.(E3); “A enfermeira [do SEDE] vem acompanhar a gente nas práticas e ajuda a repensar algumas coisas.” (T5).

Dos eventos cotidianos e do trabalho em equipe originam-se “treinamentos” informais, que não seguem a lógica pré-determinada na organização, concretizam-se em espaços de lazer e em rodas de conversa, mas que tem um relevante efeito nos processos de cuidado. A prevenção de eventos adversos, por exemplo, é construída e reconstruída a partir de discussões nos cenários de trabalho:

“Fiz uns treinamentos sobre riscos e segurança do paciente, mas eu aprendi mesmo com meus colegas, discutindo os casos que apareciam. Até mudamos a norma e protocolo de acolhimento, porque deu para ver que a experiência deles na prática tinha muito mais a ajudar. O pessoal do andar até nos copiou, ‘bah’, se copiassem isso para todo hospital ia ser bem melhor, né”. (T4); “Aprendi mesmo naquela sala de lanche, a gente conversa e as colegas deram dicas muito importantes, eu consegui programar a bomba⁵ sozinha”. (T11).

⁴ Serviço De Educação - serviço interno do hospital, responsável pelas atividades de educação continuada e treinamentos

⁵ Bomba de infusão – equipamento utilizado na assistência à saúde para controlar fluxo e volume na administração de soluções injetáveis (soro e medicamentos).

Sintetizando, pode-se dizer que o destaque nos microprocessos nesta subcategoria é: **Os saberes tácitos e embricados nas práticas cotidianas geram novas práticas, renovam processos de trabalho e apontam para elementos importantes no controle dos eventos adversos. A organização, entretanto, concentra esforços em treinamentos formais, muitas vezes sem alinhamento com o cotidiano.**

4.2.3.2 Integrar as equipes multidisciplinares, favorecendo a troca de conhecimentos e o trabalho em equipe

Ao longo da leitura dos dados desta pesquisa, são comuns as referências ao trabalho realizado ainda de forma atomizada na organização, carecendo de comprometimento e integração de toda a equipe multidisciplinar, em especial no que diz respeito a treinamentos e demais atividades de aprendizagem. Iniciativas singulares de compartilhamento de informações e de ideias inovadoras são descritas, nas quais, entretanto, nem todos os membros da equipe assistencial estão inseridos e comprometidos.

Garud e Kumaraswamy (2005) falam em “círculos virtuosos” de gestão de conhecimento e na integração das iniciativas de aprendizagem, como importantes insumos para a vantagem competitiva da organização. Hakanson (2010), por sua vez, destaca a integração e combinação de saberes tácitos de diferentes profissionais para a construção do que chama de “organização epistêmica”, que compartilha e articula conhecimentos, baseada em lealdade e senso de identidade. As organizações de saúde, em especial, precisam buscar a promoção do trabalho articulado e integrado das equipes multidisciplinares, pois o mesmo se constitui em um dos cinco princípios para a criação de sistemas de cuidado mais seguros. (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 1999).

Nesta pesquisa, em diversos momentos foram apresentados, pelos participantes, críticas acerca da falta de integração entre os diferentes profissionais da saúde.

“É tudo muito separado, sem integração, dificulta envolvimento e participação institucional”. (E4); “os treinamentos não são para todos, mas todos cuidam de pacientes, não é mesmo?” (T1); “aprendemos muito mais

quando estamos juntos, seja médico, enfermeiro ou técnico, e precisamos compartilhar este conhecimento” (G1); “São necessárias mudanças no sentido de maior comprometimento da equipe, consciência crítica acerca dos riscos, e o compartilhamento das responsabilidades, aprendendo juntos”. (A1).

O “*aprender juntos*” (T2), parte da fala de um participante, aponta para um aspecto que será abordado nas próximas categorias de análise, sobre ABP: os saberes das práticas não são simplesmente uma soma de ações em nível individual, mas sim realizações compartilhadas que requerem coordenação com os outros. O processo de trabalho e de gestão das organizações de saúde é complexo, decorrente da diversidade de profissionais, com formações distintas, inseridos no modelo organizacional de base hierárquica constituído por especialidades e especialistas em diversos setores assistenciais, técnicos e administrativos. (BALSANELLI, 2008). Entretanto, embora de origem acadêmica e com funções diversas, os profissionais da saúde tem uma mesma atividade-fim: o cuidado ao paciente.

Sintetizando, pode-se dizer que o destaque para os microprocessos nesta subcategoria é: **As práticas sofrem impacto da falta de integração entre as equipes multidisciplinares, especialmente no que diz respeito a aprender juntos e compartilhar os saberes.**

O quadro a seguir propõe uma síntese destas evidências, dando destaque para os microprocessos e elementos envolvidos.

Quadro 15 Categorias de análise, nós e os microprocessos

Categoria	Nós	Microprocessos de destaque
O sensing	Detectar problemas na infraestrutura e nos cenários de trabalho	<i>As práticas requerem infraestrutura adequada, com melhores e mais seguros equipamentos, espaços otimizados e um sistema informatizado disponível e amigável</i>
	Identificar falta de aderência às rotinas e aos protocolos seguros	<i>As rotinas são guias de ação para as práticas, mas por muitas vezes estão distantes da realidade e dos problemas do cotidiano, não contemplando os saberes e experiência da equipe. Ainda, muitos protocolos críticos não são seguidos, por falta de supervisão, o que impacta na segurança do paciente e na qualidade da assistência</i>
	Reconhecer os riscos da alta demanda de trabalho	<i>As práticas são impactadas pela sobrecarga dos profissionais, oriunda de gargalos na demanda e má gestão de escalas de pessoal e de procedimentos, comprometendo segurança e qualidade</i>

Categoria	Nós	Microprocessos de destaque
O Seizing	Planejar, avaliar e participar da aquisição e manutenção de equipamentos	<i>Os profissionais, com seus saberes da prática, podem contribuir para planejar, avaliar e também participar da aquisição e manutenção de equipamentos, essenciais para o cuidado seguro e de qualidade</i>
	Aproveitar atividades geradoras de valor, relacionadas a acreditação e ao controle de eventos adversos	<i>O processo de Acreditação agrega importantes melhorias que não foram sustentadas, e os profissionais não conhecem nem usam o sistema informatizado de notificação, que trouxe diversas inovações</i>
	Aprimorar habilidades de liderança e de supervisão das equipes	<i>As práticas são percebidas como fragmentadas, faltando maior trabalho em equipe e integração multiprofissional. As lideranças tem seu papel reconhecido, mas devem aprimorar a supervisão</i>
O Transforming	Redesenhar atividades de educação continuada, considerando as necessidades do cotidiano e a participação das equipes	<i>Os saberes tácitos e embricados nas práticas cotidianas geram novas práticas, renovam processos de trabalho e apontam para elementos importantes no controle dos Eventos Adversos. A organização, entretanto, concentra esforços em treinamentos formais, muitas vezes sem alinhamento com o cotidiano</i>
	Integrar as equipes multidisciplinares, favorecendo a troca de conhecimentos e o trabalho em equipe	<i>As práticas sofrem impacto da falta de integração entre as equipes multidisciplinares, especialmente no que diz respeito a aprender juntos e compartilhar os saberes</i>

Fonte: A autora, dados da pesquisa.

4.2.4 Aprendizagem baseada em Práticas

A segunda categoria de análise na fase exploratória diz respeito às iniciativas de aprendizagem realizadas na organização e os saberes das práticas. Após a leitura e análise no Nvivo®, foram codificadas, de 23 fontes, 164 referências, que deram origem a 4 subcategorias de análise. Em vários momentos, as referências se cruzaram com as da categoria anterior, o *transforming*, visto que a aprendizagem é um elemento essencial para o alinhamento e realinhamento de processos e recursos e envolve mudança e transformação. (TEECE, 2007).

A primeira subcategoria diz respeito ao planejamento e o conjunto de atividades que a organização executa, em relação à aprendizagem, com seus profissionais.

4.2.4.1 Iniciativas de aprendizagem propostas pela organização

Aprendizagem organizacional é um tema relevante, tanto no contexto empresarial como acadêmico, com diferentes posicionamentos epistemológicos, como visto no referencial teórico. A lógica de como a organização entende o

conhecimento e como planeja e desenvolve iniciativas de aprendizagem para seus colaboradores também tem relação com as suas estratégias, que podem estar, por um lado, voltadas para aproveitamento dos recursos – o conhecimento existente – de modo a atender às mudanças e desafios do mercado e manter a competitividade, ou, por outro lado, fazendo um movimento para a reinvenção de seus processos.

Na coleta de dados, as questões norteadoras procuraram permitir a identificação da interpretação dos participantes para as iniciativas de aprendizagem da organização. Neste primeiro nó, 53 referências foram codificadas, de 19 fontes. Ao buscar a frequência de palavras, é interessante observar o predomínio de atividades relacionadas a treinamentos formais, capacitações, além de menção à Acreditação Hospitalar como motivadora destas iniciativas:

Figura 5 Mapa de frequência de palavras- Iniciativas de aprendizagem da organização



Fonte: A autora, dados da pesquisa

Os participantes descreveram o predomínio de treinamentos formais, em sala de aula ou auditório, voltados para públicos menores ou maiores, originados de dois objetivos principais: a preparação para o processo de Acreditação, e para atender a objetivos pontuais das unidades de trabalho. Conforme documentos internos da organização, a mesma possui um planejamento de horas/homem/treinamento, cuja meta, no período da pesquisa, era de 30 horas de treinamentos por funcionário ao ano. Esta meta geralmente é cumprida pela participação em capacitações em serviço, tanto por demanda do serviço específico ao qual o funcionário está alocado, como por treinamentos institucionais, oferecidos a todos. Foram frequentes os relatos sobre aulas predominantemente teóricas, tanto presenciais como em EAD- Ensino a Distância- inclusive para atividades tão importantes como a gestão dos

eventos adversos (EA). A falta de vinculação destas atividades com os problemas da prática, com o conhecimento dado como “entregue”, a exemplo de um objeto, foi outra manifestação frequente nas falas dos participantes, bem como o não aproveitamento da experiência dos colegas veteranos.

“Se falou mais a partir da acreditação, depois parou” (E2); “Treinamentos foram feitos em preparo a visita da JCI” (E3); “As questões mais institucionais foram prioridade, mas a necessidade básica dos técnicos novos não. Ainda está sendo aula formal, numa cadeira e sala de aula, e não na unidade, com treinamento prático [...] treinamentos que vieram foram institucionais, e não partiram das nossas necessidades”(E4); “Foram intensificados os cursos na época da JCI, depois diminuiu muito” (E5); “Teve capacitações, especialmente na época da JCI”(E6); “São feitos treinamentos e capacitações nas unidades, a partir das notificações de eventos adversos”(G2); “Precisa fazer mais, teve só no começo da JCI” (T2); “Repensar os treinamentos formais, da forma como estão sendo conduzidos, não tem grande contribuição” (T9); “O suporte dos colegas experientes foi fundamental” (T1); “Alguns são muito bons, principalmente aqueles dados pelas colegas técnicas, são práticos e a gente aproveita tudo” (T11); “É pena, porque tem gente aqui bem experiente, que sabe muito, mas não é aproveitada. Inclusive as chefes, tem algumas que sabem muito mesmo, mas ficam de lado, acho um desperdício”.(T7).

Estas observações são representativas de uma tendência observada na atualidade, em relação à aprendizagem nas organizações de saúde: As atuais estratégias de ensinar na prática em saúde não conseguem dar conta da complexidade que é o cenário da assistência (CECCIM; FEUERWERKER, 2004) e tem perpetuado modelos essencialmente conservadores, centrados em aulas expositivas, que não partem das necessidades dos usuários, mas de decisões da gestão, com finalidade de atender a uma necessidade ou proposta específica.

Entretanto, desde a formulação da Política da Educação Permanente em Saúde (a Portaria GM/MS 198/2004), a formação dos profissionais da saúde, estruturada a partir da problematização dos processos de trabalho, visa a transformação das práticas profissionais, da organização do trabalho e também das próprias práticas de gestão. A formação na área da saúde, na lógica da educação permanente em saúde, destaca a aprendizagem significativa, ou seja, a que promove e produz sentidos, a partir da reflexão crítica sobre as práticas cotidianas e a reconstrução e reconfiguração das mesmas, prevendo ainda a “agregação entre

desenvolvimento individual e institucional, entre serviços e gestão setorial e entre atenção à saúde e controle social”. (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p.45).

Ao recriar a teoria e também a própria prática, nesta lógica de aprendizagem, não se descarta as versões tradicionais, utilitárias em algumas inserções pontuais, de educação para o trabalho; porém, entende-se que para promover as inovações desejadas na gestão das organizações de saúde, para a identificação de nós críticos e ainda, para produzir a reconfiguração e transformação, fazem-se necessárias práticas de aprendizagem que permitam lidar com os constantes desafios. (LINDEN et al, 2015).

Em síntese, pode-se dizer que o destaque para os microprocessos nesta subcategoria é: **Predominam na organização atividades educativas de viés formal e por vezes desarticulado dos saberes das práticas.**

A categoria de análise seguinte – ou nó – procurou levar à tona a interpretação dada pelos participantes para sua própria forma de aprendizagem.

4.2.4.2 Como realmente aprendo

Nesta categoria de análise, foram codificadas 32 referências, de 17 fontes. Alguns elementos foram recorrentes nas falas dos participantes, como o aprender na prática, aprender todo dia, e aprender no contato com os colegas, o que expressa a ideia do conhecimento como uma atividade, um processo coletivo desdobrado em atividades do cotidiano, situado no tempo e no espaço, ou seja, o *knowing*. (BOFF; ANTONELLO, 2011). A prática, na verdade, foi considerada a geradora de seus saberes, os quais vão se modificando à medida que são aprendidos e recriados:

“Tivemos um paciente que caiu e se machucou quando estava dando alta; nós tivemos treinamento sobre como prevenir isto, mas ninguém mencionou o problema das cadeiras de roda: aí, durante o café, a gente repensou a estratégia e mudou a forma de dar alta”(T1); “Eu me lembro daquela aula que a gente teve sobre transporte seguro, eu até perguntei da questão de como carregar bebês, no caminho pra sala cirúrgica, e o risco que isso traz, mas ninguém aborda isso [...] mas só na prática foi que a gente viu como isso é complexo, e se mudou a rotina, mesmo sem estar escrito[...] por que não falam sobre isso nas aulas?”(T6); “ A enfermeira me deu super dicas também, tipo coisas que não estão escritas, mas que valem muito (T10); “Eu comecei a ficar muito mais atenta depois de algumas situações, aprendi e ensino para os outros”(E6); “Se identifica na prática que os processos precisam ser

reavaliados, refeitos, muitos não são seguros[...] a partir daí a gente troca ideias e transforma em POP” (G2); “Com meu sofrimento, tirei aprendizagem e passei adiante” (E1); “tem coisas que não são ditas, são sentidas e percebidas, é instinto, sei lá, mas é muito importante, e a gente precisa dividir isto com os colegas” (T8).

O compartilhar de saberes dos profissionais mais experientes teve, na ótica de alguns participantes, o potencial de construir capacidades. Os relatos dos entrevistados apontaram para uma crescente vontade por mais autonomia e responsabilidade nos processos educativos, com a mobilização da capacidade coletiva de aprender e de criar redes especialmente voltadas para a segurança e prevenção de eventos adversos:

“Passou uma semana em cada área com colega experiente, foi com eles que realmente aprendeu, e depois também pôde ensinar” (T1); “Sou nova aqui [...], e me baseio muito no meu colega, que tem mais tempo de casa que eu. Ele tem tantas ideias sobre segurança do paciente, e eu aprendi mais com ele que em dois anos de curso”(T4); “Se partilhavam experiências, [...] que depois geravam processos de trabalho, redefinições de papéis e de cuidados”(E3); “Trazer a experiência deles para dentro das discussões dos grupos focados, eles tiveram chance de conversar, se expressar e opinar, mudando até suas práticas” (G1); “A partir de uma situação problema, quando via uma situação que poderia implicar em riscos deste tipo, chamava no cantinho e dava meu depoimento, e aí a sugestão de melhoria para o problema se espalhava”.(E1).

Percebeu-se, durante a coleta de dados, que informalmente o compartilhamento de experiências e iniciativas de troca de saberes existem, as quais poderiam ser melhor aproveitadas pelo gestor. Alguns participantes chamavam estas trocas de “os grupos dos experientes” (T4), ou os “veteranos” (T6), os espaços de aprendizagem informais que se constituem nas relações entre os profissionais, no compartilhamento de saberes que ocorre no cotidiano, e que geram novas práticas, mas seguras e eficientes, mas que ainda não compõe as rotinas e procedimentos operacionais escritos e institucionalizados. As mudanças para melhor, na ótica dos participantes, ocorrem a partir dos saberes que vão sendo reconstruídos na prática, quando o indivíduo descobre o que, quando e como deve ser feito, e se torna competente no seu fazer. (ANTONELLO; GODOY, 2011). As práticas de trabalho, para Brown e Duguid (1991) proporcionam mudanças duráveis nas capacidades dos

profissionais, e mesmo quando a situação não tem o propósito de formação, as oportunidades impelem os mesmos para o mobilizar de recursos forma coletiva, a análise dos processos, a identificação dos pontos críticos e a busca por soluções possíveis.

O *saber fazer* e o *saber ser*, oriundos das práticas, requerem trabalho em equipe, e, na saúde, a segurança do paciente e a qualidade do cuidado dependem não somente de recursos teóricos e técnicos, mas também de comunicação interpessoal, intercompreensão (ou compreensão recíproca), confiança, coordenação do grupo e redes de solução de problemas ao nível micro, ou da unidade. (EKLOF; TORNER; POUSETTE, 2014). As atividades existentes na organização acerca de aprendizagem tem privilegiado a formação tradicional, em forma de cursos e aulas teóricas, com domínio do saber “científico”. (MAGUIRE; HARDY, 2013). Estas podem, claramente, contribuir para o desenvolvimento das competências profissionais, porém o *knowing*, ou o aprender-na-prática, requer sensibilidade, como quando os profissionais baseiam-se em habilidades intuitivas, fazendo uso da experiência e conhecimento tácito para lidar com situações que possam implicar em riscos, segundo relato de um participante:

“A gente é que presencia o dia a dia e vê os erros, e eu até posso dizer que identifico o erro antes dele acontecer.” (T9)

Em relação a eventos adversos na saúde, a forma como a equipe profissional aprende desempenha um papel importante na prevenção. (MANSER, 2009). A promoção da segurança nas organizações de saúde requer uma estratégia sistemática de comunicação e desenvolvimento das competências das pessoas. Entretanto, ainda observa-se que o saber científico, formalizado, é fomentado pelas organizações e, ao dar domínio ao discurso formal, pode-se constranger os saberes práticos e as percepções de risco dos profissionais mais experientes. (JASANOFF, 1998).

A lógica do *knowing in practice*, ou o aprender-na-prática (GHERARDI, 2001; 2005; 2009b; 2014) abrange o conceito de prática como epistemologia, que “interconecta múltiplas perspectivas e negociações, expressando o link entre conhecimento e prática, sendo a prática a fonte geradora do conhecimento.” (SOUTO, 2013, p. 60). A interpretação do conhecimento como uma atividade situada

e sociomaterial, e como uma conquista coletiva requer o distanciamento das “perspectivas cognitivas, objetivas e estáticas acerca de aprendizagem, independentes da interpretação e ação humanas”. (SOUTO, 2013, p.57). As iniciativas da organização, entretanto, ainda parecem estar inseridas dentro deste paradigma, como visto na categoria anterior.

Sob o conceito “guarda-chuva” (GHERARDI, 2011) de ABP, a ação e as práticas discursivas são a unidade de análise, e o destaque, ao planejar estratégias de aprendizagem, não está nos processos cognitivos e estruturas conceituais envolvidas, mas nas relações sociais, nos “contextos e cenários para saber, trabalhar, aprender e inovar”. (GHERARDI, 2014, p.12). Como expressam alguns participantes:

“A enfermeira [...] acompanhou um colega durante as tarefas, observou, ficou junto, já deu feedback, e todos nós aprendemos juntos, mudamos juntos.” (T5); “Isto é coisa que não se aprende na sala de aula, mas aqui, na vida [...] a gente aprendeu olhando, ninguém nos disse nada.” (T12). “Presenciei o evento, dei meu depoimento, e aí a sugestão de melhoria para o problema se espalhou”. (E1); “A conversa deveria acontecer mais, isto ajuda [...] possibilita reagir diferente caso aconteça de novo”. (T9).

Algumas discussões e reflexões após eventos são úteis para instigar cultura de segurança, e auxiliam no enfrentamento de situações cotidianas, por meio da partilha de experiências, da “integração e a aplicação sinérgica dos recursos nas situações”. (ANTONELLO; GODOY, 2011, p.349).

Vogus, Sutcliffe e Weick (2010) argumentam que processos coletivos que possibilitam, aprovam e elaboram novas práticas são reunidos e evidenciados em uma coerente cultura de segurança. A abordagem da ABP em contextos críticos, como na saúde, pode adicionar uma perspectiva mais rica e intimamente alinhada às reais necessidades do cotidiano do trabalho e, portanto, pode contribuir para o cuidado seguro aos pacientes. (LINDEN et al, 2015).

Para a concretização destes saberes compartilhados e construção coletiva das práticas, é fundamental o protagonismo dos envolvidos, com autonomia e espaço de escuta. Os processos de “reflexão, re-interpretação, refinamento e codificação do conhecimento” (BORBA; KLIEMANN, 2008, p.55) são, por essência, coletivos e dinâmicos, e como afirma Gherardi (2014), há um conjunto de atividades

extremamente relevantes que toma lugar nas margens da prática. A equipe de enfermagem, pelas suas características, tem relevância no controle dos eventos adversos, mas em muitas situações não se percebe como protagonista, como evidenciado em várias falas:

“A ficha de notificação ainda é pouco conhecida, e o sistema informatizado ainda não foi orientado de forma apropriada a todos, concentraram esforços inicialmente na sensibilização das enfermeiras” (E1); “Teve evento adverso [...] e vários questionamentos foram feitos [...] os técnicos não estão sendo envolvidos no processo, eles até se envolvem na hora do problema, mas não sabem do seguimento da discussão sobre o caso e não opinam, o que é pena” (E4); “Nem chegamos a discutir com o grupo de técnicos ainda este caso” (E5); “Não somos muito estimulados a comunicar, fico na dúvida se os funcionários realmente contam as coisas que acontecem, tanto de parte deles, como dos médicos. Não vejo um grande estímulo e apoio na notificação dos eventos adversos” (E6); “Em relação a retorno as unidades e aos envolvidos, [...] ainda não se consegue dar o retorno necessário” (G2); “Tem até POP sobre isso, [...] mas a gente não estava envolvida quando escreveram, né? Isso continua a ocorrer, pouco fui ouvida. Acho que precisam ouvir mais a gente” (T1); “Isso não depende da gente mas de outros, do chefe, da manutenção” (T2); “O problema é que as vezes a gente fica fora dessa discussão, como técnicos [...]eu falo quando vejo as coisas sendo feitas erradas, mas nem sempre me ouvem” (T4); “Não tenho muita liberdade, nem autonomia pra falar com o outro profissional e cobrar dele mais cuidado[...] não sou muito encorajado a delatar estas situações, não vejo que tenho condições de opinar. Aqui no setor não tem muito estímulo pra gente contribuir, claro, talvez eu nao saiba muito né, mas acabo não me envolvendo muito”(T7); “Não somos, como técnicos, muito envolvidos nestas questões”(T8); “Precisamos mais abertura para discutir os problemas e que todos possam contribuir, opinar para melhorar a segurança, pouco fui ouvida.” (T9); “Acho que precisam ouvir mais a gente” (T13).

A aprendizagem requer o ativo envolvimento de todos, pois as práticas não acontecem num vazio, mas numa textura de relações, onde as ações tem significados negociados entre as pessoas envolvidas. (WENGER, 1998; GHERARDI; NICOLINI, 2001). Os resultados desta pesquisa apontam para um certo “desperdício” de possibilidades para criação de soluções e redesenho de processos mais seguros, visto que as iniciativas de aprendizagem em uso não tem considerado a prática como a fonte geradora dos saberes nem tem destacado a natureza “coletiva, situada e transitória do conhecimento”. (SOUTO, 2013, p.55).

Sintetizando, o destaque para os microprocessos nesta subcategoria é: **As práticas são geradoras dos saberes, e a aprendizagem ocorre na textura de relações, na qual por vezes o papel dos funcionários mais experientes é subaproveitado. O empoderamento e a autonomia das equipes, especialmente em relação aos eventos adversos, são importantes para um cuidado com segurança.**

4.2.4.3 Como os novos ingressantes aprendem

Nesta categoria, relacionada ao chamado treinamento introdutório dos profissionais, foram codificadas 44 referências, de 16 fontes. A integração dos novos colaboradores em uma organização, geralmente realizada por meio de treinamentos introdutórios e capacitações específicas, é um processo importante, segundo Jansen (2001), para a rápida adaptação e consequente produtividade do novato. Desta visão mais formativa e voltada para resultados, discordam Gherardi e Perrotta (2014), que entendem que o processo de se tornar profissional é uma prática social, que pressupõe ação de humanos (colegas, supervisores) e não humanos (materiais, estruturas, rotinas), na qual os indivíduos experenciam “a indução para a organização, e a sedução para a profissão”. (GHERARDI; PERROTTA, 2014, p.139). Dito de outra forma, tornar-se um profissional competente em sua prática é processo carregado de tensões e contradições, como aquelas relacionadas a criação da identidade do indivíduo no trabalho, e que sofre a influência de dois agentes envolvidos: a profissão e a comunidade de práticas.

Nesta organização, percebe-se que há um programa formal de integração dos novos colaboradores, disponível em documentos internos como as planilhas de capacitação do período probatório; entretanto, aqui também é destaque o papel dos colegas mais experientes na aprendizagem dos recém contratados, que aprendem como “sombra” de colegas veteranos, constituindo-se em uma prática informal, que se desvela no cotidiano, de forma não planejada e, por vezes, até considerada artesanal, como relata uma participante:

“A gente ainda trabalha e age muito improvisado, artesanal, e não profissionaliza o processo. As enfermeiras ao serem recebidas aqui [...] não é de forma profissional” (E4). “Com os novos é uma lacuna, não tenho muito como avaliar o que acontece. Tem no hospital uma

integração geral, mas nas unidades ainda é muito diferente. Há uma integração setorial, ainda não sistematizada no setor. Eu consegui acompanhar apenas um funcionário novo” (G1); “ Tem um esquema para acompanhar os novos, uma sistemática com datas”(E5); “Tem o treinamento institucional, mas este é mais direcionado para as rotinas gerais”(E6); “Os novos [...] aprendem no treinamento inicial ou admissional, e depois vão aprendendo na marra, como a gente” (T9).

Críticas são feitas ao processo, especialmente em relação a continuidade do acompanhamento e avaliação dos novos. O déficit de supervisão direta, seja na enfermagem ou nas outras categorias profissionais, associado à inexperiência profissional podem estar relacionados com algumas fragilidades percebidas nos processos de cuidado, no que diz respeito à ocorrência de eventos adversos. Os profissionais precisam sentir-se amparados e apoiados para comunicar as ocorrências, de forma a tomar a melhor decisão. (TOFFOLETTO; RUIZ, 2013).

“Os funcionários novos estão aprendendo? Não estão. As coisas são feitas no primeiro momento, mas depois se perdem, recebi dois novos [...], e falei algumas coisas sobre risco, como não deixar o paciente sozinho na sala, isso eu ressaltei. Mas deve ter normatização, um padrão, um treinamento e depois cobrança e fiscalização disso tudo, tanto pela chefia como pela enfermeira” (E4); “Se pegarem colega bom, é uma coisa, senão... acho que a enfermeira deveria participar mais dessa admissão do novo, dar apoio mesmo, mostrar como se faz. Senão alguns aprendem já errado de início” (T9).

Destas observações percebe-se uma preocupação nos profissionais: aprende-se para “o bem e para o mal”, questão que é polêmica também na literatura sobre aprendizagem organizacional (ANTONELLO; AZEVEDO, 2011, p.94): “Nem sempre a organização aprende para melhor”. Diversos modelos e ferramentas são criados planejando prever as mudanças e controlar as incertezas, porém os mesmos não dão conta da complexidade da vida organizacional e das dinâmicas do ambiente, nem da variada constelação de diferentes práticas que compõe o cuidado à saúde. Daí a importância de fomentar e acompanhar, com os novos integrantes da equipe profissional, processos que permitam o compartilhamento de saberes e atividades práticas, constantemente construídos e reconstruídos, “situados em um contexto de interações e que ocorre por meio da participação em uma comunidade de práticos”.

(ANTONELLO; AZEVEDO, 2011, p.106). A fala de alguns participantes corrobora este argumento:

“São fundamentais o apoio dos mais experientes” (T1); precisamos ter as oportunidades de observar os que estão há mais tempo no trabalho” (T2); “como é importante nessa hora a paciência dos colegas” (T3).

Sintetizando, o destaque para os microprocessos nesta subcategoria é: **Os programas formais de aprendizagem são comuns na introdução de novos profissionais, mas o aprender na prática, num contexto social, com supervisão de liderança e de colegas experientes, pode auxiliar o novato a enfrentar as dificuldades do cotidiano e lidar com os eventos adversos.**

4.2.4.4 Como aprendo sobre os eventos adversos (EA)

Embora não fosse o foco da pesquisa, a discussão sobre os riscos da assistência à saúde e sobre o impacto dos eventos adversos esteve muito presente durante o período de coleta de dados, sendo discussão recorrente, presente nas falas, nas interações e nas práticas dos participantes.

De 15 fontes, nesta subcategoria foram codificadas 35 referências. A primeira impressão durante a leitura e pré-análise dos dados coletados foi que as pessoas genuinamente desejavam falar sobre os EA que presenciaram ou que vivenciaram, como partes envolvidas no caso. Mais de 30 diferentes eventos foram descritos nas entrevistas individuais e durante a observação. Entretanto, nenhum evento foi presenciado pela pesquisadora durante o período de coleta de dados. Os casos mencionados com mais frequência dizem respeito a quedas, erros na terapêutica e cirurgia em paciente ou membro errado. Cabe ressaltar que este último tipo de evento é considerado, pela *Joint Commission International (JCI)* como um Evento Sentinela, significando que pode levar a morte, grave e permanente dano, e que recebem esta nomenclatura por sinalizar a necessidade de investigação e resposta imediata.

Quando questionados como aprendem sobre os EA, a maioria dos respondentes afirmou que, mesmo participando de capacitações formais programadas sobre o tema, oferecidas pela organização, não se sentiam realmente preparados, porque os principais aspectos relacionados a prevenção não eram mencionados, assim como

as ideias e sugestões dos funcionários mais experientes, que teriam muito a contribuir nesta área:

“Eu lembro de ter uma aula sobre cuidados no transporte seguro das crianças [...]. Foi preciso acontecer um acidente para todos discutirem abertamente essa situação. Mas e por que não ensinar assim nestas aulas?” (T4); “Eu sou novo aqui, mas me baseio muito no meu colega, que tem mais experiência, e tem tantas ideias sobre segurança, e eu aprendi mais com ele do que nos dois anos de curso!” (T5).

A aprendizagem no trabalho depende de eficiente trabalho em equipe, e a segurança depende não somente de recursos teóricos e técnicos, mas também de comunicação, confiança, conhecimento sobre as práticas e rotinas do cotidiano, coordenação e supervisão do pessoal e criação de redes para solução de problemas ao nível da unidade. (EKLOF; TORNER; POUSETTE, 2014). O uso da experiência e de saberes tácitos para perceber e intervir quando há ameaças à segurança do paciente e a forma como acontece o aprendizado da equipe tem um papel importante na prevenção dos eventos adversos (MANSER, 2009) e a promoção da segurança requer estratégias sistemáticas de comunicação e difusão de saberes, que considerem os saberes das pessoas envolvidas diretamente no cuidado, de modo a possibilitar soluções inovadoras. Como afirma Jasanoff (1998, p.94): “O saber da autoridade é criado neste *framework* por pessoas e instituições [...] que significativamente constroem até as percepções dos *experts* sobre o risco.”

Estes dados ressaltam a necessidade de dar maior atenção às atividades de aprendizagem sobre segurança e riscos. Maguire e Hardy (2013, p.234) argumentam que a “omnipresença das abordagens realistas levou a uma dominância de um discurso que privilegia o conhecimento formal e científico, empoderando algumas pessoas como experientes e dispensando outros como inexperientes”.

Ao planejar e implementar iniciativas de aprendizagem na arena dos eventos adversos na saúde, cabe considerar sua contextualização em situações concretas. Considerando-se que os profissionais aprendem por meio de observação e interação com os membros de sua equipe, durante o desenvolver das atividades cotidianas (LAVE; WENGER, 1991), a formação de redes de aprendizagem e a integração entre atividades de aprendizagem formais e informais pode trazer grande

contribuição para a segurança dos pacientes. Também a *Joint Commission* destaca como elemento essencial na prevenção de EA a transparência na organização, que promova uma cultura de segurança, que permeie toda a equipe de trabalho, em todos os níveis.

Os dados evidenciam que alguns aspectos acerca de aprendizagem na organização podem ser revistos. Em relação a eventos adversos e segurança do paciente, especificamente, estudos observacionais e análises retrospectivas indicam que “muitos dos fatores contribuintes são originados de deficiente trabalho em equipe, e não de falta de habilidades e conhecimentos.” (MANSER, 2009, p.146). Estes estudos não discutem quais aspectos deste trabalho em equipe devem ser aprimorados, mas com base nos dados desta pesquisa, cabe refletir sobre qual o paradigma no qual esta equipe está aprendendo:

“Acho que os médicos precisariam dessa aula também [...] não se trabalha em conjunto, em equipe”. (T2); “É tudo muito separado, sem integração, dificulta envolvimento e participação institucional. As pessoas ficam pouco a vontade de participar, para não comprometer a hierarquia. (E4); “Somos equipe de enfermagem, mas se trabalha de forma hierarquizada e separada, infelizmente” (E5).

E finalmente, nesta categoria de como os profissionais aprendem sobre os EA, as rotinas novamente foram destacadas. Considerar as rotinas e protocolos como dadas e prontas, na ótica de alguns participantes, pode contribuir para os riscos.

“Teve evento adverso há 2 meses, criança foi para UTI (terapia intensiva) e extubou no caminho [...], Como que até agora não se repensou a rotina? Vai precisar acontecer de novo? [...] Alguma decisão terá de ser tomada a este respeito, a partir destes questionamentos.” (E4); “Estamos avançando na revisão das rotinas mas a passo lento [...] o movimento ainda está muito incipiente [...] as equipes precisam estar envolvidas no redesenho das rotinas, pra dar mais qualidade, isso é urgente” (G2).

Reportar fragilidades percebidas nas rotinas e nos protocolos é uma forma proativa de agir no combate aos EA, segundo a *Joint Commission*. Os saberes das práticas podem contribuir, neste sentido, na adaptação dos protocolos, bem como no

reescrever de determinadas rotinas que, por estarem descontextualizadas, não parecem mais pertinentes e relevantes.

Sintetizando, o destaque para os microprocessos nesta subcategoria é: **As práticas são geradoras dos saberes também em relação aos eventos adversos, e são aspectos importantes nesta aprendizagem o trabalho em equipe, a comunicação eficiente, e o redesenho das rotinas.**

O quadro a seguir propõe uma síntese das evidências relacionadas com a categoria de análise da ABP, dando destaque para os microprocessos e elementos envolvidos.

Quadro 16 Categorias de análise, nós e os microprocessos

Categoria	Nós	Microprocessos de destaque
ABP	Iniciativas de aprendizagem propostas pela organização	<i>Predominam na organização atividades educativas de viés formal e por vezes desarticulado dos saberes das práticas.</i>
	As práticas e como realmente aprendo na organização	<i>As práticas são geradoras dos saberes, e a aprendizagem ocorre na textura de relações, e empoderamento e a autonomia das equipes, especialmente em relação aos eventos adversos, são importantes para a segurança.</i>
	As práticas e como os novatos aprendem	<i>Os programas formais de aprendizagem são comuns na introdução de novos profissionais, mas o aprender na prática, num contexto social, com supervisão de liderança e de colegas experientes, auxilia o novato a enfrentar as dificuldades do cotidiano e lidar com os eventos adversos.</i>
	As práticas e como aprendo sobre os eventos adversos	<i>As práticas são geradoras dos saberes também em relação aos eventos adversos, e são aspectos importantes nesta aprendizagem o trabalho em equipe, a comunicação eficiente, e o redesenho das rotinas.</i>

Fonte: A autora, dados da pesquisa.

Ao finalizar a fase exploratória, os resultados evidenciados responderam aos objetivos específicos da tese de: Identificar e descrever os processos de aprendizagem que acontecem no desenvolvimento das práticas de trabalho; conhecer a percepção de diferentes atores acerca das situações de aprendizagem baseada em práticas da organização; e, identificar os microprocessos embricados nas atividades relativas a investigação de potenciais ameaças e oportunidades (*sensing*), apropriação das possibilidades de mudança (*seizing*) e remodelação e transformação de processos e recursos (*transforming*).

A partir desta análise, o último objetivo específico da tese - Elencar os microprocessos mais significativos para o desenvolvimento das Capacidades

Dinâmicas da organização, é atendido nas evidências da próxima fase da pesquisa, a analítica.

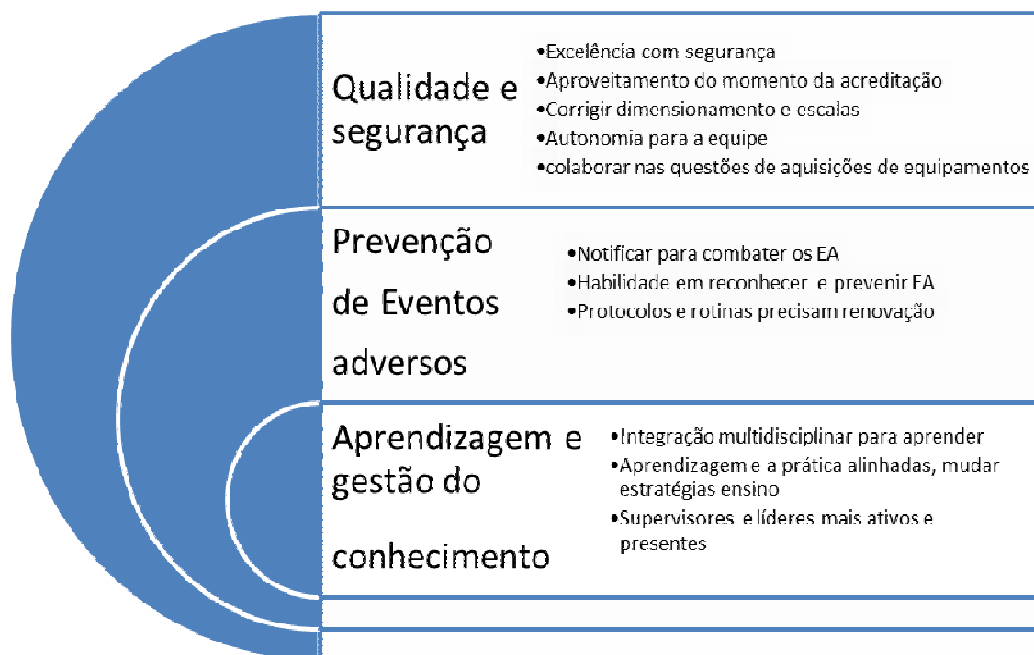
4.3 DA FASE EXPLORATÓRIA PARA A ANALÍTICA – RESULTADOS E ANÁLISE

A fase exploratória da pesquisa, a partir do olhar da Aprendizagem baseada em práticas, gerou como resultados os microprocessos, compostos de saberes imbricados nas práticas contínuas e coletivas dos atores, e que consistem em aspectos relevantes do cotidiano para os profissionais da equipe operacional, mas que tem impactos também na organização. Estes microprocessos foram, então sintetizados e apresentados a um grupo focal e para dois leitores, como descrito no capítulo referente a procedimentos metodológicos, com o propósito de receber um novo olhar, identificar pontos de alinhamento e compreender se faziam sentido para os participantes.

Um quadro síntese (apêndice E) foi apresentado no grupo focal, tendo como guia da discussão as seguintes questões: *quais os aspectos mais importantes levantados, considerando-se o propósito da organização? Quais as capacidades mais importantes que vocês identificam nestes elementos? E considerando estas capacidades, quais os eixos principais que deveriam receber investimento nesta organização, em específico no setor de serviços cirúrgicos?*

Um *brainstorming* e a discussão rica sobre os resultados apresentados apontaram para 3 eixos norteadores, considerados capacidades de maior relevância no Hospital, que seriam: a **prevenção dos eventos adversos e riscos** ao paciente; a **qualidade**, espelhada no movimento da acreditação, com otimização de recursos e segurança; e um novo olhar para a **gestão do conhecimento e aprendizagem**, como foco dos próximos movimentos estratégicos do hospital, para manter a qualidade e o reconhecimento já conquistados. Associados à estas 3 capacidades, vários dos microprocessos elencados na fase anterior foram (re)alinhados, como sendo elementos fundamentais para desenvolver as capacidades. A figura 6 ilustra os resultados deste grupo focal:

Figura 6 Capacidades e elementos fundamentais para investimento nos serviços cirúrgicos – resultados do grupo focal




Fonte: A autora, dados da pesquisa.

Esta figura e a síntese da discussão no grupo focal passou então pela leitura de dois avaliadores, , como descritos no capítulo de método. Considerados *experts* pela vivência profissional, grau de formação e inserção em pesquisa, contribuíram para o reconfigurar o quadro síntese das capacidades e os microprocessos que as compõe, ou elementos fundamentais, como apresentados no quadro 17.

Nesta fase da pesquisa, muda-se, portanto, o ângulo de análise dos dados: de um olhar *bottom up*, a partir dos atores envolvidos nas práticas, enfatizando os microprocessos (o olhar da ABP), agora a lógica é que estes sejam analisados *top down*, ou seja, como os gestores percebem estes processos e se os identificam como estratégicos ou não.

Na elaboração do quadro síntese, ainda, foi feita uma classificação dos elementos fundamentais de cada capacidade por níveis, relativos ao grau de empoderamento da equipe em cada um deles, ou seja, o primeiro nível é aquele que o profissional da equipe operacional tem maior autonomia (1a, 2a, 3a). Esta classificação em relação ao grau de autonomia dos profissionais, que não é objeto da discussão da tese, foi necessária para atender a alguns requisitos de construção de estímulos para a Análise Conjunta, que é apresentada na próxima fase.

Quadro 17 Capacidades e elementos fundamentais para investimento nos serviços cirúrgicos – resultados da leitura e validação

CAPACIDADES	1.PREVENÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS	2.QUALIDADE E SEGURANÇA NA ASSISTÊNCIA	3.APRENDIZAGEM	Grau de autonomia
ELEMENTOS FUNDAMENTAIS (microprocessos oriundos da prática)	1a. Investir no desenvolvimento de habilidades nas equipes assistenciais para identificar os EA	2a. Investir nas melhorias originadas pela Acreditação	3a. Investir em atividades de treinamento que contemplem maior integração das equipes multidisciplinares	
	1b. Investir no uso do sistema informatizado para notificação dos EA	2b. Investir no planejamento compartilhado da aquisição de novos equipamentos e insumos	3b. Investir em acompanhamento sistemático e maior orientação da liderança para com as equipes assistenciais	
	1c. Revisão e atualização das rotinas pelas equipes assistenciais	2c. Investir na reorganização das escalas de pessoal e escalas cirúrgicas	3c. Investir no redesenho das atividades de educação continuada, considerando as necessidades do cotidiano	

Fonte: dados da pesquisa

Ao focalizar a análise nas capacidades, faz-se necessário retomar os fundamentos teóricos das Capacidades Dinâmicas (CD), para justificar a lógica desta tese, como segue: o *framework* das CD prioriza a identificação de processos organizacionais que podem auxiliar na capacidade de identificação de problemas (*sensing*), na capacidade de aproveitar as oportunidades (*seizing*), para então orquestrar os recursos necessários para a capacidade de transformação (*transforming*). A base para desenvolver estas capacidades são o que Teece (2007) chama de microfundamentos, conjunto de processos organizacionais que, articulados, evidenciam as CD.

Em sua mais recente publicação sobre CD, Teece (2016) reforça, a exemplo de publicações anteriores sobre o tema, que os atores principais no *sensing*, *seizing* e *transforming* são a gestão estratégica e os gestores individuais, e é na habilidade e visão dos mesmos sobre os processos organizacionais que reside a característica mais visível das CD. Pode-se entender, desta lógica, que os **microfundamentos das CD** são movimentos ou **práticas da gestão**.

O mesmo autor afirma, entretanto, que os esforços empreendedores não estão restritos aos membros da gestão estratégica, mas são necessários por toda a organização, e que as capacidades podem estar distribuídas em todos os níveis,

inclusive o operacional. Porém, ao desenhar o *framework* das CD, os microfundamentos consistem em processos e escolhas estratégicas, que emergem da gestão, e não dos níveis operacionais (TEECE; PISANO; SHUEN, 1997), e que consistem, basicamente, de processos analíticos e racionais que constituem as variáveis e relações chave que “devem ser ‘manipuladas’ para criar, proteger e alavancar os ativos intangíveis e assim obter desempenho superior”. (TEECE, 2007, p. 1341).

O argumento desta tese, por outro lado, é que **os microprocessos, oriundos dos saberes construídos nas práticas, são os elementos fundamentais para o desenvolvimento e visibilidade das CD e representam, portanto, um novo olhar que permite identificar e entender os microfundamentos**. A lógica de realizar grupo focal, leitura e validação na fase analítica foi necessária para que, a partir de um primeiro olhar para dentro das práticas, e identificados os microprocessos (perspectiva da ABP), estes pudessem, agora a partir de uma visão estratégica (na perspectiva das CD), ser filtrados e priorizados como fundamentais para o desenvolvimento de algumas capacidades dinâmicas da organização.

Nesse sentido, os microprocessos podem oferecer pistas para os microfundamentos das Capacidades Dinâmicas, que para esse estudo emergem dos saberes da prática. Contudo, essa construção das CD e seus respectivos microfundamentos somente fazem sentido em organizações cuja a prática tem caráter estratégico. Em outras palavras, quando o cliente percebe valor a partir das ações/rotinas oriundas dos saberes da prática, como é caso do segmento de serviços, e mais especificamente, para esse estudo, do Hospital.

Estas capacidades e microfundamentos foram estruturadas em estímulos para Análise Conjunta, ou seja, um conjunto de atributos e níveis que foram avaliados pelos diferentes atores na organização (quadro 17). Este passo foi necessário pois os gestores têm um importante papel empreendedor e devem continuamente visitar e questionar as capacidades desenvolvidas. (ZAHRA; SAPIENZA; DAVIDSSON, 2006). Ainda, Schreyogg e Kliesch-Eberl (2007) enfatizam que a monitorização reflexiva das capacidades e a prática recursiva das mesmas é essencial para acompanhar sua viabilidade, frente a ambientes mutáveis e imprevisíveis. Identificar as CD e torná-las visíveis significa um grande desafio nas organizações. A próxima e última fase da pesquisa visa abordar mais diretamente este desafio.

4.4 FASE DESCRITIVA – RESULTADOS E ANÁLISE

Os elementos e capacidades no quadro 17 foram organizados e reescritos, de forma sintetizada, e utilizados como estímulos para a Análise Conjunta, ou seja, combinações de atributos ou dimensões (as capacidades) e níveis ou fatores (os microfundamentos), elaborados de forma a simular cenários de tomada de decisão. Os cenários partiam de uma questão única: “*se eu fosse o responsável pela escolha dos investimentos no setor de serviços cirúrgicos no Hospital...*”. A partir desta questão, o participante era apresentado a diferentes opções ou cenários.

Estes diferentes cenários foram impressos em 12 cartões (apêndice G), cada um representando uma combinação diferente das capacidades e dos microprocessos, criados de forma aleatória no *software* SPSS®, a partir dos dados das duas fases anteriores. A técnica iniciou com uma explicação, pela pesquisadora, acerca da dinâmica, do conteúdo dos cartões e da escolha que o participante deveria fazer, segundo a ordem de preferência. Durante a atividade a pesquisadora permaneceu na sala, sem interferência, mas atendendo a questionamentos e explicando quando fosse solicitada.

Os cartões foram primeiro aplicados como teste a dois participantes, de forma a avaliar não somente a construção dos estímulos, mas também a aplicação da técnica em si. Os resultados deste teste não foram computados na análise final, mas contribuíram para reescrita de termos e expressões de alguns cartões. Participaram da aplicação final da Análise Conjunta 15 respondentes, pertencentes a 3 níveis diferentes na organização: 5 membros da equipe operacional (identificados como *OP 1 a 5*), 5 da gestão intermediária (identificados como *IN 1 a 5*), e 5 da gestão estratégica (identificados como *ES 1 a 5*), apresentados no quadro 18 a seguir, com suas respectivas escolhas de ordenação, da 1ª escolha à 12ª.

Quadro 18 Resultados da AC- ordenação dos cartões

Participante	Ordenação- da 1ª escolha à 12ª escolha											
OP1	6	4	8	1	7	2	11	9	10	5	12	3
OP2	6	8	1	7	4	2	11	10	9	5	3	12
OP3	8	4	7	2	6	1	11	10	12	9	5	3
OP4	4	6	8	7	1	10	2	11	9	12	3	5
OP5	3	2	11	5	6	10	9	4	8	12	7	1
IN1	7	1	4	2	11	8	6	5	12	9	10	3
IN2	3	5	2	11	10	7	1	6	4	9	8	12
IN3	6	2	11	4	7	9	10	3	8	1	12	5

IN4	3	10	9	6	11	2	7	4	12	5	1	8
IN5	10	3	9	4	6	8	1	7	2	11	5	12
ES1	3	5	2	11	10	7	1	6	4	9	8	12
ES2	6	2	11	4	7	9	10	3	8	1	12	5
ES3	10	3	4	2	11	1	6	7	9	8	5	12
ES4	3	11	2	6	12	5	1	8	10	9	7	4
ES5	9	10	12	5	3	4	6	8	2	1	7	11

Fonte- A autora, dados da pesquisa

Estas respostas foram então computadas e analisadas no *software* SPSS®, por meio de regressões múltiplas simultâneas.

A partir desta análise, a tabela 1 apresenta os primeiros resultados da aplicação da AC com os 15 participantes, com os resultados analisados de forma agregada, com a importância atribuída a cada dimensão e fator:

Tabela 1 Análise estatística dos resultados

Dimensão da análise conjunta	Importância da dimensão	Fatores da análise conjunta	Utilidade estimada
Prevenção de Eventos Adversos	34,80%	Habilidades nas equipes assistenciais para identificar eventos adversos	-0,98
		Revisão e atualização das rotinas pelas equipes assistenciais	-1,96
		Sistema informatizado para notificação de Eventos Adversos	-2,93
Qualidade e segurança na assistência	48,80%	Melhorias originadas pela Acreditação	0,50
		Reorganização das escalas de pessoal e das escalas cirúrgicas	1,00
		Planejamento compartilhado da aquisição de novos equipamentos e insumos	1,50
Aprendizagem	16,40%	Maior integração das equipes multidisciplinares	-0,22
		Maior orientação da liderança para com as equipes assistenciais	-0,44
		Redesenho das atividades de educação continuada	-0,67
(Constant)			6,40

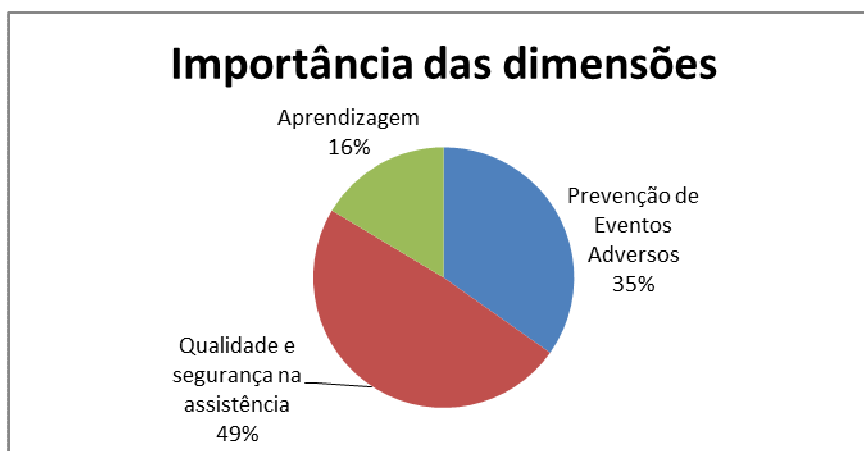
Fonte- A autora, dados da pesquisa

De acordo com Hair et al (2009), quanto maior o valor da utilidade de um nível, maior a relevância deste nível para o participante. As diferentes utilidades para cada nível estão relacionadas na coluna “utilidades estimadas” da tabela acima. Na coluna “importância” temos a relevância de cada atributo para estes participantes, onde observa-se que a capacidade mais relevante é **Qualidade e Segurança**. Isto significa que, em um contexto próximo ao real, onde os participantes contam com recursos escassos e várias opções para investir e são obrigados a fazer escolhas, os mesmos optam por investir na Qualidade e Segurança nos serviços cirúrgicos, em detrimento das outras capacidades, como a Prevenção de eventos adversos e a Aprendizagem.

Seria possível, para coletar os mesmos dados, simplesmente perguntar aos participantes quais seriam suas opções mais importantes, dentre as apresentadas. Entretanto, muitos poderiam ter dificuldades para expressar precisamente como tomaram a decisão de escolha, ou dariam respostas socialmente aceitáveis (FISHER; ORKIN; FRAZER, 2010). O diferencial em aplicar a Análise Conjunta reside justamente em verificar o processo de decisão em um ambiente controlado de estímulos, com a imposição de restrição, o que aponta para a capacidade escolhida como tendo a maior importância, da qual os participantes não abdicam em favor das outras. Esta técnica, portanto, obtém um controle maior da escolha, o que a qualifica.

A figura 7 a seguir representa a importância dada pelos respondentes para cada uma das dimensões principais avaliadas pela técnica. A importância é avaliada pelas variações das respostas dadas pelos respondentes aos diversos estímulos. Assim, quanto maior a variância das utilidades, maior o percentual de importância estimado para aquela dimensão, o que está indicado na figura 9, das importâncias levantadas.

Figura 7 Representação gráfica das importâncias relativas das dimensões pesquisadas



Fonte: A autora, dados da pesquisa.

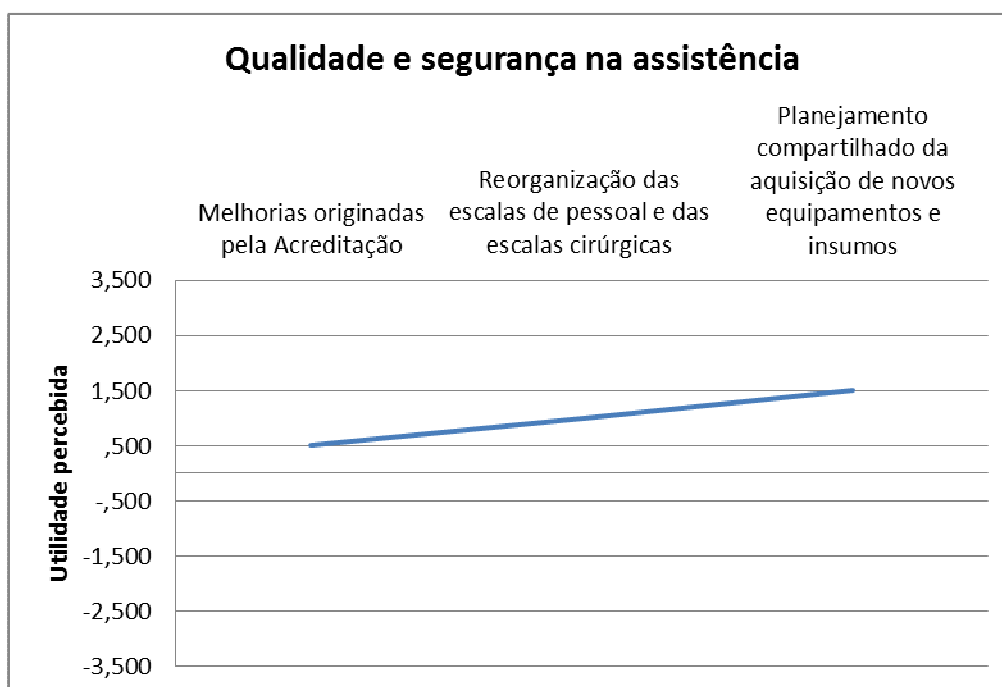
Conforme indica a figura, a dimensão Qualidade e segurança na assistência assume a maior importância, com 49% da variância das utilidades dessa dimensão. A Prevenção de eventos adversos assume 35% da variância das utilidades, enquanto que a Aprendizagem responde por 16% da variância das utilidades.

Este resultado está alinhado com as evidências de alguns estudos do contexto da saúde, em especial as publicações de Avedis Donabedian e colaboradores. Donabedian é considerado um dos principais pesquisadores sobre a qualidade em saúde, com publicações relevantes desde a década de 60, e cuja definição de qualidade parte de três pilares: a estrutura (os recursos humanos, materiais), o processo (as atividades das equipes multiprofissionais da saúde) e o resultado (a adequação aos padrões, o atendimento às necessidades dos pacientes). (DONABEDIAN, 1968; 1990; 2005). A gestão da qualidade é um dos temas mais relevantes na assistência à saúde (PILIGRIMIENE; BUCIUNIENE, 2008; BURWELL, 2015) e critério fundamental na avaliação de órgãos acreditadores. (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2014). Juran, considerado um os grandes mestres nos estudos sobre a qualidade, afirma que a mesma começa e encerra no cliente, sendo que os processos devem envolver todas as partes interessadas, da gestão estratégica à base operacional da organização. (FREIXO; ROCHA, 2014). No contexto empírico desta tese, de acordo com os dados, os atores tomam suas decisões alinhados às tendências do ambiente da assistência à saúde, ao colocar a Qualidade e segurança como prioridade.

Em seguida, são apresentadas as importâncias de cada capacidade (dimensão) individualmente, empregando-se um gráfico de linhas, que assume a configuração abaixo, nas figuras 8, 9 e 10.

Iniciando com a apresentação da figura 8, da dimensão mais importante para os participantes, observa-se que a Qualidade e Segurança assume utilidades positivas, com diferenças entre a utilidade percebida dos 3 níveis:

Figura 8 Representação gráfica das utilidades da dimensão Qualidade e segurança na assistência



Fonte: A autora, dados da pesquisa

A qualidade e segurança na assistência é percebida como tendo utilidades positivas, isto é, os custos percebidos nessas atividades são considerados como menores do que os benefícios obtidos. Assim, quanto maior os esforços realizados, especialmente no nível de planejamento compartilhado de aquisição de novos equipamentos e insumos, maior a colaboração dos respondentes para com a gestão.

A ideia, considerando-se estes resultados em um contexto hospitalar único, em um setor de serviços cirúrgicos, é que a ênfase das escolhas está em uma lógica de participação do coletivo nas decisões, neste caso no **planejamento conjunto** de uma atividade muito importante, a aquisição e avaliação de equipamentos e

insumos, e que se constitui em um microprocesso que impacta nas práticas dos profissionais e no cuidado de qualidade oferecido, como já visto na análise dos dados da fase exploratória. A gestão de materiais e equipamentos hospitalares é complexa e de alto custo, demanda constantes atualizações pelas inovações tecnológicas e o “planejamento logístico de insumos interfere na qualidade do que se dispõe” (GARCIA et al, 2012, p.343). O aumento da integração das equipes assistenciais nestes processos de avaliação e compra de materiais, bem como a emissão de pareceres técnicos, pode favorecer a qualidade e agregar valor aos resultados em saúde, com menos desperdícios na alocação de recursos.

Já o microprocesso **reorganização das escalas** (referente a escalas de alocação de pessoal e escalas de agendamento de cirurgias), para corrigir problemas de sobrecarga dos trabalhadores e possíveis riscos ao cliente, também tem utilidade positiva, mas em menor escala. Estes processos são dependentes de ação e coordenação gerencial, pois implicam em realocação de funcionários, redimensionamento de marcação cirúrgica, o que tem repercussão econômica e de gestão de pessoal. Bonacim e Araújo (2010) chamam a atenção para uma questão que afeta, particularmente, os hospitais de ensino no Brasil, considerados mais dispendiosos, por abrangerem, além de atividades assistenciais, também de ensino e pesquisa: o quadro de pessoal é financiado pelo Ministério da Educação, que exige, ao mesmo tempo, racionalização das despesas e desenvolvimento de tecnologias leves – a geração e difusão do conhecimento.

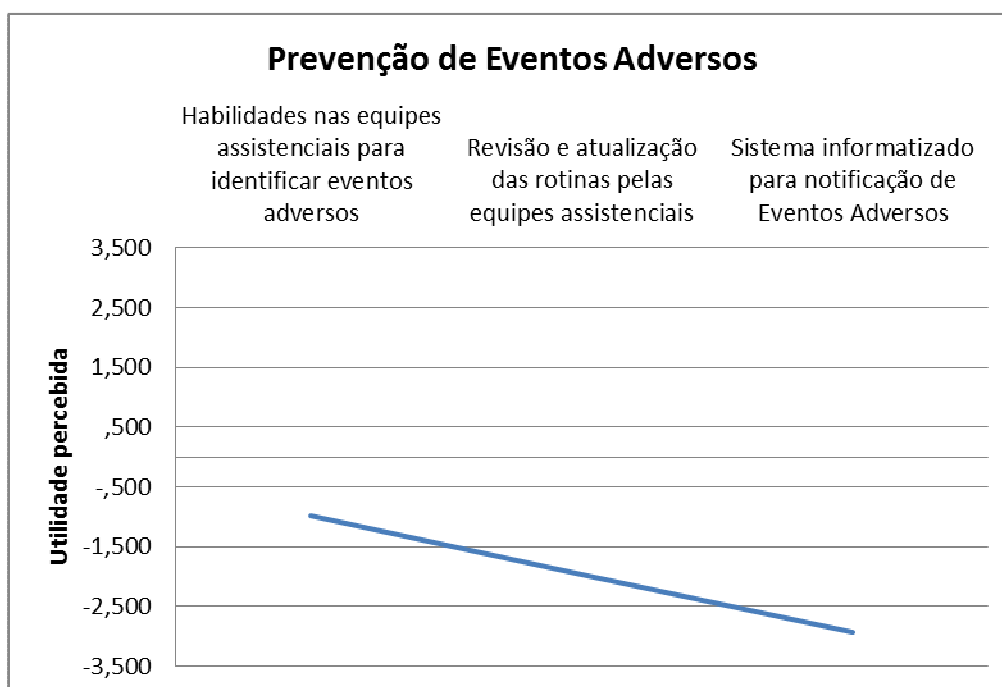
Em relação à **avaliação das melhorias advindas da Acreditação**, há também, por um lado, uma lógica de participação coletiva, pois os efeitos decorrentes da preparação para a certificação, a visita e avaliação da *Joint Commission* (JCI), impactaram na rotina profissional de equipes diferentes, como dos médicos e da enfermagem. Porém, estes são processos oriundos de uma intervenção externa, do ecossistema das organizações de saúde como um todo, e que não partiram de iniciativa das equipes assistenciais, mas que, entretanto, repercutem nas suas práticas e saberes cotidianos. O impulso para a acreditação hospitalar parte da gestão, mas requer, para ter sucesso, ativo envolvimento dos atores em todos os níveis da organização, desde a alta direção, equipe médica e de enfermagem até os de setores de apoio. (MENDES; MIRANDOLA, 2015).

Em relação à Qualidade e Segurança, portanto, a ação gerencial associada poderá ser no sentido de aumentar ainda mais os níveis dessa dimensão. Teece

(2016) reforça que os gestores devem coletar informações, perceber as oportunidades e assim, investir em processos de maior retorno dentro da sua realidade, pois a “gestão é altamente dependente do contexto”. (TEECE, 2016, p.5)

Analisando a representação da dimensão **Prevenção de eventos adversos**, por outro lado, percebe-se diferença importante em relação à anterior, como expressa na figura 9:

Figura 9 Representação gráfica das utilidades da dimensão Prevenção de Eventos Adversos



Fonte: a autora, dados da pesquisa

A leitura desta representação gráfica indica que os participantes percebem utilidades negativas para todos os níveis de esforços para a prevenção de eventos adversos, sendo que quanto maior o esforço realizado pela instituição para a prevenção desses eventos, maior será a resistência dos entrevistados.

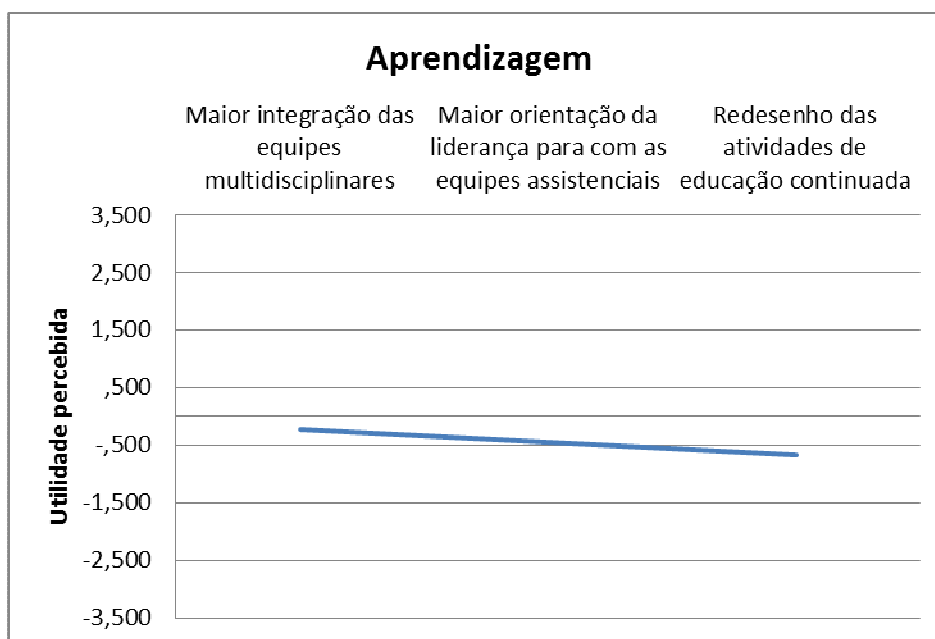
Considerando o conceito de utilidade, os respondentes entendem que os esforços para prevenir os eventos adversos não proporcionam benefícios suficientes para compensar o esforço despendido. O gráfico de importâncias, expresso na figura 7, mostrada anteriormente, destaca ainda que essa dimensão, além de ser considerada com utilidade negativa, assume a menor importância entre as três dimensões analisadas.

A prevenção de eventos adversos foi citada com frequência como relevante para os participantes na fase exploratória, e destacada como capacidade na fase analítica. Porém, considerando-se uma situação específica, num setor de serviços cirúrgicos, teve menor importância em uma decisão de escolha. Ou seja, quando os participantes são solicitados a escolher entre uma e outra capacidade, não abdicam da qualidade e segurança em função das outras opções, mesmo todas sendo reconhecidas como importantes.

Estratégias gerenciais para esse tipo de situação podem ser associadas a ações de comunicação interna que salientem os benefícios dessa dimensão. Amaya (2009) reforça que as decisões da gestão afetam diretamente as equipes de trabalho, e influenciam nas ações de prevenção de riscos, as quais precisam de comunicação eficiente entre os profissionais e as diversas unidades funcionais.

A terceira dimensão avaliada, a **Aprendizagem**, assim como a segunda, assume utilidades negativas para os respondentes, mas de uma forma mais moderada. A mesma interpretação pode ser aplicada: os respondentes entendem que os esforços realizados na aprendizagem não trazem benefícios compatíveis, resultando em uma avaliação final negativa, quando comparada a Qualidade e Segurança. Novamente é importante ressaltar que trata-se de uma situação específica, num setor de serviços cirúrgicos, e que foi necessária uma decisão de escolha. Ou seja, quando os participantes são solicitados a escolher entre uma e outra capacidade, abrem mão da Aprendizagem (que na fase exploratória foi destaque) em favor da Qualidade e segurança.

Figura 10 Representação gráfica das utilidades da dimensão Aprendizagem



Fonte: A autora, dados da pesquisa

Considerando-se um contexto específico hospitalar, observou-se na fase exploratória vários elementos importantes, como a forma que os profissionais realmente aprendem, a fragmentação de algumas práticas, a falta de integração multiprofissional e de lideranças ativas. Ao ter de escolher, entretanto, os participantes atribuem utilidades negativas para estes aspectos, em favor da qualidade e segurança.

É importante situar estes resultados no contexto específico abordado: organizações de saúde, como os hospitais, tem como atividade fim o cuidado assistencial a pacientes, e este cuidado, a partir de iniciativas internacionais, como a Aliança Mundial para Segurança do Paciente (WHO, 2008) tem como processos essenciais aqueles que possam contribuir com iniciativas de melhoria de qualidade que estejam, também, associadas a segurança do paciente. Ovetvreit (2015) descreve estes processos como “melhorias que agregam valor” e que distinguem, portanto, uma organização de outra.

A análise da representação gráfica para cada uma das dimensões aponta para os condicionantes na tomada de decisão dos participantes. Na fase exploratória e analítica, os participantes não precisavam abrir mão de alguma alternativa em favor de outra. Já a técnica de AC não está inconsistente com as evidências anteriores, nem as desmente, mas mostra que, quando são solicitados a escolher

entre uma e outra capacidade na organização, os gestores dos níveis estratégico e intermediário e os membros da equipe operacional dão maior importância para a qualidade e segurança do que para as outras capacidades.

Em seguida, são analisadas as diferenças de médias de utilidades para as dimensões. Uma questão relevante a ser respondida é se todos os respondentes pensam de forma homogênea, ou se há diferenças significativas nas avaliações de utilidades dependendo da posição do respondente na gestão, se operacional, intermediária ou estratégica. Poderia se pensar também que o tempo na função ou o tempo de formação poderiam influenciar na percepção de utilidade das várias dimensões. Os testes estatísticos de diferença de média indicam que não há diferenças significativas ($p < 0,05$).

Há, porém, uma diferença significativa nas utilidades de acordo com a função do respondente. A tabela 2 apresenta os resultados encontrados.

Tabela 2 Teste de diferenças de médias por função do respondente ^a

Utilidades das categorias	Técnico enfermagem	Gestão de serviços de apoio
Habilidades nas equipes assistenciais para identificar eventos adversos	0,25*	-1,83*
Revisão e atualização das rotinas pelas equipes assistenciais	0,50*	-3,67*
Sistema informatizado para notificação de Eventos Adversos	0,75*	-5,50*
Melhorias originadas pela Acreditação	2,83*	-0,42*
Reorganização das escalas de pessoal e das escalas cirúrgicas	5,67*	-0,83*
Planejamento compartilhado da aquisição de novos equipamentos e insumos	8,50	-1,25
Maior integração das equipes multidisciplinares	0,17	-0,38
Maior orientação da liderança para com as equipes assistenciais	0,33	-0,75
Redesenho das atividades de educação continuada	0,50	-1,13

OBS. Resultados baseados em testes de dois lados da curva normal, assumindo igual variância e $p < 0,05$. *Os asteriscos indicam as diferenças significantes, sendo que as utilidades percebidas pelos técnicos em enfermagem são superiores às percebidas pelos gestores dos serviços de apoio. ^a Os testes são ajustados para comparações em pares com o emprego da correção de Bonferroni.

Fonte: A autora, dados da pesquisa

Observa-se que, embora o valor numérico das demais médias sejam diferentes entre si, muitas vezes de forma elevada, essa diferença não pode ser considerada significativa sem levar em conta a variância das variáveis consideradas.

Pode-se inferir, a partir destes resultados, que, considerando-se o contexto específico de serviços cirúrgicos de um hospital, alguns microprocessos (Habilidades nas equipes assistenciais para identificar eventos adversos; Revisão e atualização das rotinas pelas equipes assistenciais; Sistema informatizado para notificação de

Eventos Adversos; Melhorias originadas pela Acreditação; e Reorganização das escalas de pessoal e das escalas cirúrgicas) assumem diferentes importâncias para profissionais que executam funções operacionais e funcionários com cargo de gestão intermediária.

Em relação à reorganização das escalas de pessoal e das escalas cirúrgicas, esta assume maior importância para os profissionais que sofrem de maneira direta o impacto desta medida, ou seja, profissionais da equipe operacional, do que para participantes da gestão intermediária. Esta questão pode ser analisada se considerarmos que as práticas destes participantes são impactadas diretamente pela sobrecarga de trabalho, pelos gargalos na demanda e má gestão de escalas de pessoal e de procedimentos, o que compromete a sua atividade fim e a segurança e qualidade. (BAE; MARK; FRIED, 2010; OLIVEIRA et al, 2015).

Em relação ao sistema informatizado para notificação de Eventos Adversos, o mesmo teve utilidade negativa para participantes da gestão intermediária, e positiva para a equipe operacional. Pode-se explicar deste dado pelo fato de que o sistema foi concebido essencialmente para profissionais que realizam cuidado direto ao paciente, e embora tenha efeito sistêmico na notificação dos eventos, na medida em que os índices de erros repercutem em processos que permeiam toda a organização, outros atores não o utilizam, e muitas vezes, nem o conhecem. O Hospital perde com esta situação, à medida em que a informação é considerada um ativo de vital importância e “necessária para a tomada de decisões estratégicas acertadas ao bom desempenho da organização”. (FREIXO; ROCHA, 2014, p.4).

Quanto ao aspecto relacionado às melhorias originadas pela Acreditação, teve utilidade negativa para a gestão intermediária. Da mesma forma como considerado na análise anterior, estas melhorias tiveram maior impacto nas equipes assistenciais, pois o processo de Acreditação, em síntese, compreende a revisão de processos operacionais e o rastreamento de medidas de melhoria (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2014), os quais modificam práticas cotidianas e reorganizam os padrões de assistência.

Os resultados ainda apontam para uma questão interessante: considerando-se um contexto empírico específico, no setor de serviços cirúrgicos de um hospital, percebe-se um alinhamento entre as percepções da equipe operacional, gestores intermediários e gestão estratégica, no que diz respeito a prioridades no desenvolvimento de capacidades. O fato de ser uma organização de saúde, que

congrega uma multiplicidade de profissionais e processos de trabalho, mas com forte caráter cooperativo em seu relacionamento (LEMIEUX-CHARLES; McGUIRE, 2006), pode estar contribuindo para esta questão, pois há uma interdependência entre os atores na atividade fim da organização, que é o cuidado ao paciente.

A gestão intermediária também tem um papel importante neste contexto, pois no hospital está concentrada em serviços de apoio, que consistem em áreas de intensa interdependência tanto com a equipe operacional como com a gestão estratégica, atuando como o elo de ligação e mediando muitos processos, como compras, pesquisa e investimento, entre outros. Alcançar as metas previstas e ao mesmo tempo mobilizar as equipes de trabalho tem sido um grande desafio para estas chefias intermediárias (WEBER; GRISCI, 2010), e, para responder de forma eficiente, é necessário alinhamento.

Tendo-se finalizado a análise dos dados coletados ao longo das 3 fases da pesquisa, e articulado com as evidências teóricas, propõe-se um *framework* que busca sintetizar uma resposta à questão de pesquisa, a contribuição da ABP para as CD da organização em estudo:

Figura 11 *Framework* da pesquisa



Fonte: a autora

O ponto de partida para esta elaboração é o *framework* proposto por Teece (2007), que dá destaque aos microfundamentos das capacidades de *sensing*, *seizing* e *transforming*, e que consistem em processos orquestrados e disparados pela gestão. Nesta tese, a contribuição da ABP está em mostrar que há outra via

para visualizar os microfundamentos, a partir do olhar das práticas, do cotidiano da organização: os microprocessos, embricados em atividades relacionadas às capacidades de Qualidade e segurança, Prevenção de eventos adversos e Aprendizagem. Esta via compreende uma perspectiva importante, a partir da atividade fim da organização hospitalar, que é o cuidado ao paciente.

Em síntese, a pesquisa possibilita um olhar para as CD a partir dos microprocessos, que constituem elementos fundamentais para o desenvolvimento e visibilidade das CD. É importante, porém, contextualizar que esta proposta faz sentido em organizações cuja a prática tem caráter estratégico, ou seja, em hospitais, pois os pacientes percebem valor a partir do cuidado recebido e das ações cotidianas, que emergem dos saberes da prática.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No último capítulo desta tese são apresentadas as contribuições do estudo, consideradas em seus aspectos teóricos, metodológicos e empíricos. Na sequência, as limitações da pesquisa e direções futuras para investigação.

5.1 CONTRIBUIÇÕES DA PESQUISA

O desafio de aproximar os dois constructos teóricos, ABP e CD, mostrou-se complexo, mas as evidências oriundas dos dados da tese foram ricas e semeiam novas possibilidades de pesquisa no campo, indicando um diálogo possível entre diferentes campos teóricos e, com ele, um avanço no conhecimento. A pesquisa se propôs a analisar a contribuição da ABP para o desenvolvimento e visibilidade das CD em organizações de saúde. A partir de um estudo de caso interpretativo em uma organização hospitalar, por meio de 3 fases de pesquisa distintas, mas interdependentes, e utilizando diversas técnicas de coleta de dados, foi proposto um *framework*. Este *framework* apresenta uma lógica diferente da proposta por Teece (2007; 2016), que confere à gestão estratégica e aos gestores individuais a habilidade e responsabilidade sobre o desenvolvimento das CD, sendo os microfundamentos das CD as práticas da gestão.

A partir da análise dos resultados, é possível compreender que a Aprendizagem Baseada em Práticas contribui para a visibilidade das Capacidades Dinâmicas no contexto das organizações de saúde, pois evidencia as práticas estratégicas, a partir do nível operacional, mostrando um movimento importante originado na base, nos atores que realizam as atividades-fim da organização. Estes atores, com seus saberes das práticas, conhecem o cliente e suas necessidades, acompanham a dinâmica da organização no cotidiano, o que também confere legitimidade para as CD.

Nesta tese, a partir de um primeiro olhar para dentro das práticas, foram identificados os microprocessos (perspectiva da ABP), que, a partir de uma visão estratégica (na perspectiva das CD), foram agrupados e selecionados como fundamentais para o desenvolvimento de algumas capacidades dinâmicas da organização. Nesse sentido, os microprocessos podem oferecer pistas para os

microfundamentos das capacidades dinâmicas que, no contexto desta organização hospitalar, emergem dos saberes da prática.

Esta lógica confirma o primeiro pressuposto da tese, entendendo que a perspectiva da ABP, com seu caráter dinâmico e processual e entendida como o saber-na-prática, empreende um avanço na compreensão dos microfundamentos das CD. É importante destacar que a lógica dos microfundamentos parte da estratégia (TEECE, 2007), enquanto a lógica dos microprocessos, os saberes da prática, parte do nível operacional. Entretanto, a convergência dessas duas lentes pode contribuir para o desenvolvimento das capacidades da organização, ao aproximar o responsável por tomar decisões com aqueles que vivenciam estas decisões no cotidiano.

Em seu segundo pressuposto, a tese também propõe que a análise dos processos de ABP, presentes no cotidiano do trabalho de uma organização hospitalar, aponta para os microfundamentos das CD, embricados nas atividades relativas a identificação de riscos relacionados ao cuidado ao paciente e a percepção de elementos críticos na atividade-fim da organização (o *sensing*). Os dados da pesquisa confirmam este pressuposto, ao evidenciar que a partir dos saberes práticos, da intuição, experiência e do trabalho coletivo das equipes operacionais são detectados problemas e ameaças à segurança e qualidade na assistência, como: as deficiências na infraestrutura e nos cenários de trabalho; a falta de aderência, pelos profissionais, às rotinas e aos protocolos seguros; e a sobrecarga de trabalho, oriunda de gargalos na demanda e da má gestão de escalas de pessoal e de procedimentos, questões que impactam nos resultados do cuidado oferecido ao cliente. (OVETVREIT, 2015).

O terceiro pressuposto da tese refere que a análise dos processos de ABP, presentes no cotidiano do trabalho de uma organização, aponta para os microfundamentos das CD, embricados nas atividades relativas a aproveitamento de oportunidades (*seizing*). No contexto desta tese, estas atividades compreendem, de um lado, explorar e aproveitar as melhorias originadas do processo de Acreditação, um movimento que parte de atores externos, as agências regulatórias, as quais podem, inclusive, afetar as relações com os clientes, ao definir padrões de qualidade. (PEDRON, 2009). Pertencente ao ecossistema das organizações (TEECE, 2007), a Acreditação hospitalar agrega diversas mudanças nos processos operacionais e reconfigura recursos na organização. As atividades de *seizing*

também compreendem aproveitar a experiência e os saberes práticos das equipes operacionais para o planejamento compartilhado de aquisição e manutenção de equipamentos, otimizando recursos e possibilitando melhores condições de atendimento aos clientes; e, ainda, compreende o aprimoramento das habilidades de liderança e de supervisão das equipes, em especial no contexto da saúde, onde a comunicação efetiva é essencial para o trabalho integrado em equipe e o alinhamento entre as práticas, possibilitando a entrega de assistência de qualidade. (LEONARD; GRAHAM; BONACUM, 2004).

O quarto pressuposto da tese refere que a análise dos processos de ABP, presentes no cotidiano do trabalho de uma organização, aponta para os microfundamentos das CD, embricados nas atividades relativas a mudança, renovação ou reconfiguração dos recursos e processos da organização (*transforming*). Os dados da tese apontam para questões relevantes em relação à capacidade de aprendizagem na organização, com destaque para a perspectiva de reconfigurar as atividades de educação continuada, considerando as necessidades do cotidiano e a participação das equipes, entendendo a aprendizagem como ação e efeito de uma série de práticas. (CORRADI; GHERARDI; VERZELLONI, 2010). Nesse sentido, a criação de redes facilitadoras, nas quais os profissionais troquem ideias, conhecimentos e experiências, pode ser estimulada, de modo a nutrir uma cultura de aprendizagem, elencando elementos que podem dar sustentação a uma prática competente e inovadora. Ainda, é relevante para a aprendizagem a integração das equipes multidisciplinares, favorecendo a co-construção dos saberes (RAES et al, 2015) e evitando a fragmentação do cuidado. O alinhamento de esforços dos diferentes profissionais envolvidos no cuidado e a construção de espaços dialógicos favorecem o aprendizado contínuo (DECUYPER; DOCHY; BOSSCHI, 2010) e o desenvolvimento de capacidades na organização. (TEECE, 2016).

O quinto pressuposto da tese diz respeito a importante função gerencial de orquestração dos ativos e das atividades da organização e a renovação e redesenho das rotinas. As habilidades dos gestores têm um importante aspecto empreendedor, e que não podem estar restritas à estratégias pragmáticas e genéricas (ZAHRA; SAPIENZA; DAVIDSSON, 2006). O filtro e a priorização das capacidades, por parte da gestão (na perspectiva das CD), o reconhecimento e valorização dos saberes das práticas, são importantes para a organização se reinventar, reconfigurar seus

processos e responder às demandas do ambiente. Os saberes das práticas ou microprocessos organizacionais dão o caráter distintivo à organização e visibilidade às capacidades, pois são únicos, elaborados e performados no cotidiano de forma coletiva, e ainda podem contribuir com melhorias que agregam valor ao cuidado ao cliente. (OVETVREIT, 2015).

Considerando-se o processo de construção desta pesquisa e os resultados obtidos, ao longo deste caminho, as contribuições da tese podem ser apresentadas em 3 dimensões:

Contribuição teórica: ao buscar uma aproximação entre duas vertentes teóricas diferentes e, de acordo com alguns autores, até conflitantes, esta pesquisa contribuiu com o repertório de estudos, tanto sobre Aprendizagem, como sobre Capacidades Dinâmicas. O foco na vertente da Aprendizagem Baseada em Práticas, com seu caráter emergente e coletivo, evidencia múltiplas possibilidades de análise de fenômenos organizacionais, como o desenvolvimento de capacidades.

Além da contribuição central, focada no movimento de construção de capacidades a partir dos saberes da prática, a tese atende a algumas lacunas ou críticas identificadas na revisão teórica. Uma destas críticas diz respeito a difícil operacionalização das CD nas organizações. A questão que se coloca, a partir das evidências da tese, é que normalmente as capacidades são percebidas de forma abstrata e estática, e não são traduzidas em práticas organizacionais. A gestão elabora estratégias e as reproduz em padrões que, muitas vezes, não são comunicados ou não fazem sentido para a operação e, portanto, não são reproduzidos no cotidiano.

Ações de comunicação interna e de valorização de aspectos emergentes e dinâmicos dos saberes do cotidiano, por parte da gestão, podem contribuir para evidenciar as capacidades como algo concreto e que tenha significado para todos os envolvidos no cuidado assistencial, e, assim, sejam praticadas e desenvolvidas. De um modelo estático e pragmático do *framework* de Teece (2007), o *framework* da tese propõe um caráter de fluidez e prática para as CD, partindo de ações do dia a dia.

Há também a crítica sobre a difícil operacionalização das CD, por serem formadas por elementos grandes e complexos, e que tentam abarcar uma diversidade de processos, em qualquer organização, como os apresentados no *framework* (TEECE, 2007). Porém, as CD somente podem ser explicadas em um

contexto específico, reconhecidas as suas singularidades e potencialidades a partir de práticas que estão sempre em movimento, e que podem ser tanto simples rotinas ou atividades, como também práticas complexas, formando o “conjunto dinâmico” (PETERAF; DI STEFANO; VERONA, 2013, p.1405).

Contribuição metodológica: A proposta de associar abordagens de cunho qualitativo e quantitativo não é inédita. A contribuição da estratégia metodológica de agregar as duas perspectivas, entretanto, está em possibilitar diferentes olhares, primeiramente explorando os fenômenos com profundidade na fase qualitativa exploratória, analisando e sintetizando na fase analítica, e aproximando de um contexto mais realista, na Análise Conjunta. Esta estratégia mostrou-se adequada para analisar fenômenos complexos, em um contexto que também é desafiante, como os hospitais, evidenciando o rico volume de dados produzido nesta tese, além de contribuir para a triangulação, tanto teórica como empírica.

Nesse sentido, a triangulação foi realizada nas três fases da pesquisa, por meio do uso de várias técnicas de coleta de dados, que permitissem desvelar diferentes percepções e interpretações sobre os fenômenos; e com distintos atores, de níveis hierárquicos diferentes, procurando um olhar sistêmico. Ainda, a releitura dos dados e das codificações realizadas no *software* Nvivo® pela pesquisadora, associada ao olhar de *experts*, contribuíram para a constante autorreflexão sobre o tema, requisito fundamental para evitar vieses interpretativos. (CRESWELL, 2007).

A aplicação de diferentes estratégias de coleta de dados, como a entrevista, o grupo focal e o *shadowing*, por sua vez, permitiram que diferentes situações e práticas aflorassem e fossem identificadas, evidenciando consistência na avaliação dos fenômenos. (FLICK, 2009). A entrevista com questões abertas possibilitou espaço para que os participantes expressassem seus pontos de vista, enquanto que o *shadowing* possibilitou a compreensão de evidências diferentes, pois a prática acompanhava a fala, gerando *insights* valiosos. Já os grupos focais, realizados em fases diferentes da pesquisa e com distintos propósitos, trouxeram evidências dentro de uma lógica de coletividade, na qual os participantes complementavam as falas dos colegas, reforçando ou discordando em alguns momentos, o que possibilitou uma descrição mais rica dos fenômenos.

É relevante abordar a contribuição, para a pesquisa qualitativa, da inserção da pesquisadora no campo, facilitada pela sua vivência na área da saúde e também na organização onde foi realizado o estudo. Nesta tese, a experiência da

pesquisadora na área da saúde, conhecendo o campo e as nuances da prática, mantendo o respeito e a crítica na coleta e análise dos dados, contribuiu para um olhar mais próximo e sensível ao contexto. Ainda, esta vivência e confiança conquistadas na organização facilitaram o acesso da pesquisadora às práticas rotineiras, nas diversas camadas organizacionais, bem como a relatórios e informações internas. Ao longo da inserção da pesquisadora no campo de práticas, pode-se perceber uma abertura muito grande dos participantes, que se dispuseram a compartilhar situações e experiências relevantes, com clareza e riqueza de detalhes, além de sugerir melhorias nos processos, visando a qualidade da assistência e segurança do paciente.

Em relação ao uso da Análise Conjunta, que tem uso consolidado e grande abrangência prática na área do *marketing*, a tese possibilita vislumbrar a aplicação pertinente e relevante em pesquisas no contexto da assistência à saúde, cenário com forte dimensão relacional e intersubjetiva. (SÁ; AZEVEDO, 2010). Apesar de ser eminentemente exploratório, o estudo consegue, por meio da AC, identificar e analisar questões subjetivas por meio de perguntas objetivas, evidenciando dados realistas.

Finalmente, a trajetória metodológica, sendo elaborada em uma lógica de construção, de forma sistemática, na qual cada fase alimentava a subsequente, evidencia coerência e cuidado no processo de pesquisa, elementos essenciais para o avanço no conhecimento científico.

Contribuição empírica: os dados da pesquisa sugerem que no contexto de uma organização de saúde, não podem ser negligenciados os saberes das práticas e a experiência das pessoas envolvidas com a atividade fim da organização. Nesta lógica, é necessário o resgate da prática como algo estratégico na organização, entendendo que ela ultrapassa os processos padronizados da gestão. Ao trazer a público e discutir, embora brevemente, questões críticas na assistência à saúde, como os eventos adversos nos serviços cirúrgicos e os riscos oriundos da mesma, a tese aponta caminhos para possibilitar um cuidado em saúde mais seguro, oferecendo pistas para promoção de iniciativas que tenham como ações prioritárias a prevenção destes eventos. Essas ações compreendem o planejamento de programas de educação permanente dos profissionais, que considerem os saberes das práticas e fortaleçam o trabalho interdisciplinar e em equipe, reconhecendo as capacidades, bem como possibilitem melhorias na estrutura e nos processos organizacionais.

Ainda, a proposta da tese de analisar a contribuição da ABP para as CD neste contexto específico, o de um hospital de ensino, é relevante para o ecossistema das organizações de saúde em geral, visto que estes hospitais são referência assistencial para o Sistema Único de Saúde (SUS) e constituem-se polos formadores de recursos humanos e modelos na capacitação dos demais serviços de saúde, sendo essencial a adequação das práticas de ensino às necessidades do sistema. (BARATA et al, 2010).

O processo de construção do conhecimento científico é formado por grandes e também por pequenos passos, gerados a partir de pesquisas, quer sejam de um indivíduo, de um grupo de pesquisadores, ou multicêntricas; podem consistir em contribuições relevantes ao estado da arte em um determinado tema, ou significar um singelo avanço que, partilhado com outros pesquisadores, avaliado e validado, pode agregar valor em uma trajetória contínua e dinâmica para o progresso da ciência. Nunes (2011) aborda a questão da construção do conhecimento em saúde, que parte de experiências, oriundas, muitas vezes, do sofrimento humano e de histórias e práticas das pessoas envolvidas, mas que precisam ser compartilhadas para produzir o conhecimento. Esta é a contribuição da tese: os saberes das práticas do cotidiano daqueles que estão envolvidos no cuidado de qualidade e na segurança dos pacientes - as práticas estratégicas - são fundamentais para um (re)pensar das CD e da estratégia de uma organização.

O argumento desta tese, apresentado em um *framework*, é que os microprocessos, oriundos dos saberes construídos nas práticas, são os elementos fundamentais para o desenvolvimento e visibilidade das CD e representam, portanto, um novo olhar que permite identificar e entender os microfundamentos. Contudo, essa construção das CD e seus respectivos microfundamentos somente fazem sentido em organizações cuja a prática tem caráter estratégico. Em outras palavras, quando o cliente percebe valor a partir das ações/rotinas oriundas dos saberes da prática, como é caso do segmento de serviços, e mais especificamente, para esse estudo, o setor de cirurgia do Hospital.

5.2 LIMITAÇÕES DA PESQUISA

Pode-se dizer que toda pesquisa, por representar um esforço individual ou coletivo de pesquisadores, tem limitações. Embora tenha sido possível responder à questão de pesquisa proposta, algumas limitações podem ser vislumbradas neste estudo.

A escolha do paradigma do estudo de caso interpretativo implica um grande desafio, que, para Walsham (2006) está na condução cuidadosa da pesquisa e na apresentação de suas evidências. Pode-se pensar, também, que o pesquisador não está isento de viés, pois a subjetividade está presente em todo o caminho, o que pode se configurar em uma limitação. Entretanto, este caminho foi escolhido de forma consciente, e trilhado de forma cuidadosa e crítica para que as contribuições do estudo possam trazer ricos *insights* sobre o tema nas organizações de saúde.

Ainda do ponto de vista metodológico, na fase de Análise Conjunta (AC) os dados foram coletados com um número limitado de participantes. A restrição, no caso desta pesquisa, encontra-se no número de gestores pertencentes à administração estratégica do hospital, em número de 5. Cabe destacar que foi importante incluí-los nesse estudo, pois os mesmos compõem a equipe que efetivamente coordena a organização e toma as decisões, e que Teece (2016) chama de atores centrais no *framework* das CD.

Entretanto, a questão da amostra limitada numericamente não é uma situação única, pois encontram-se publicações sobre AC com número reduzido de respondentes, como por exemplo o estudo de Fischer et al (2010), publicado em periódico de impacto na área da saúde (Enfermagem), além da pesquisa de Marshall et al (2010), sobre a grande variação de amostragem na aplicação da AC no contexto da saúde, incluindo desde estudos publicados com uma dezena de participantes até amostras que ultrapassam mil casos.

E, finalmente, constituem limitações ao estudo, de certa forma, as dificuldades encontradas relacionadas à pesquisa em organizações de saúde, que requer a submissão à rígidos protocolos dos Comitês de Ética e da Plataforma Brasil, o que demanda tempo e persistência do pesquisador, para atender a ajustes e nova submissão do projeto. Entretanto, após esta etapa vencida, a entrada no campo foi possibilitada, sem restrição de acesso, como mencionado anteriormente, e facilitada pela experiência da pesquisadora. Constitui, também, uma limitação, o ambiente

onde foi realizada a coleta de dados, a linha de frente na qual os participantes encontravam-se no exercício de suas atividades; no que diz respeito a coleta de dados com a alta gestão, os múltiplos compromissos dos participantes e o consequente reagendamento frequente das entrevistas atrasaram o andamento da pesquisa; e na fase exploratória, com a equipe operacional, o cenário do cuidado à saúde compreende a presença de pacientes, familiares e equipes multiprofissionais, o que, em algumas ocasiões, impediu a gravação e aprofundamento da discussão, por questões éticas envolvidas e de preservação da assistência adequada, ou levou à interrupção da coleta, sendo necessário agendamento de novas entrevistas.

5.3 DIRECIONAMENTOS PARA PESQUISAS FUTURAS

A aproximação de dois construtos teóricos tão complexos abre inúmeras possibilidades e pesquisa, tanto em diferentes organizações de saúde, como hospitais privados, como em outras unidades hospitalares importantes do ponto de vista gerencial, como as emergências.

A abordagem das Capacidades Dinâmicas em organizações de saúde e as análises realizadas não pretendem se esgotar nesta pesquisa, mas sugere-se que possam ser aprofundadas por meio de estudos que contemplem, a exemplo desta tese, os saberes das práticas em outros contextos organizacionais de serviços.

Pode-se pensar numa diferente e desafiante perspectiva para estudos futuros, seguindo uma lógica inversa da observada nesta tese: partindo do olhar da estratégia (microfundamentos), novos estudos poderiam analisar, no contexto das organizações de saúde, como operacionalizá-los na prática, traduzindo em microprocessos cotidianos que façam sentido para os profissionais, sejam reproduzidos ou reconfigurados e que agreguem valor ao paciente, contribuindo para o cuidado seguro e com qualidade.

REFERÊNCIAS

- ADHIKARI, N. Patient safety without borders: measuring the global burden of adverse events. **BMJ Qual Saf.** n.22, p. 798–801, 2013.
- AL-AALI, A.; TEECE, D. J. International Entrepreneurship and the Theory of the (Long-Lived) International Firm: A Capabilities Perspective. **Entrepreneurship theory and practice.** v.38, n.1, p.95-116, jan. 2014.
- ALEXANDRE, N.M.C. Aspectos ergonômicos relacionados com o ambiente e equipamentos hospitalares. **Rev. latino-am. enfermagem** - Ribeirão Preto. Vol. 6, n. 4, p. 103-109, outubro, 1998.
- AMAYA, S. L. Seguridad del Paciente: Conceptos e análisis de eventos adversos. **Centro de Gestión Hospitalaria/ ViaSALUD.** n.48, p.6-21, jul. 2009.
- AMBROSINI, V.; BOWMANN, C. What are dynamic capabilities and are they a useful construct in strategic management? **International Journal of Management Reviews.** v.11, n.1, p.29–49, march, 2009.
- AMBROSINI, V.; BOWMAN, C.; COLLIER, N. Dynamic capabilities: an exploration of how firms renew their resource base. **British Journal of Management.** v.20, n.1, p. S9–S24, march, 2009.
- ANDREEVA, T.; CHAIKA, V. **Dynamic Capabilities: what they need to be dynamic?** Working Paper, 10 (E). St. Petersburg State University. São Petersburgo, 2006.
- ANGROSINO, M. **Etnografia e Observação Participante.** Porto Alegre: Bookman, 2009.
- ANTONACOPOULOU, E. P. et al. **Dynamic capabilities and organizational learning: socio-political tensions in organizational renewal.** Advanced Institute of Management Research - AIM Working Paper. january, 2005.
- ANTONACOPOULOU, E. On the practise of practice: in-tensions and ex-tensions in the ongoing reconfigurations of practices. In: BARRY, D. HANSEN, H. (Ed.). **The Sage Handbook- New approaches in management.** Sage Pub., 2008.
- ANTONELLO, C. S. Estudo dos métodos e posicionamento epistemológico na pesquisa de aprendizagem organizacional, competências e gestão do conhecimento. *In*: Encontro Anual da Anpad- **EnANPAD.** 26, Salvador, 2002. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/diversos/trabalhos/EnANPAD/enanpad>. Acesso em: 14 nov 2012.
- ANTONELLO, C. S.; GODOY, A. S. A Encruzilhada da Aprendizagem Organizacional: uma Visão Multiparadigmática. **Revista de Administração Contemporânea.** v.14, n.2, p.310-332, 2010.

_____. Aprendizagem Organizacional e as Raízes da Polissemia. In: ANTONELLO, C. S.; GODOY, A. S. (Eds.) **Aprendizagem Organizacional no Brasil**. Porto Alegre: Bookman, 2011.

ANTONELLO, C. S. AZEVEDO, D.C. Explorando o terreno das teorias culturais e das teorias baseadas em práticas. In: ANTONELLO, C. S.; GODOY, A. S. (Eds.) **Aprendizagem Organizacional no Brasil**. Porto Alegre: Bookman, 2011.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Investigação de Eventos Adversos em Serviços de Saúde. **Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde**. Brasília, 2013.

_____. **Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA No 01/2015**. Orientações gerais para a notificação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde. Brasília, 2015.

ARGYRIS, C.; SCHÖN, D. A. **Organizational learning: a theory of action perspective**. Workingham: Addison-Wesley, 1978.

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

AZEVEDO, D.C. **A escrita de projetos como prática**: uma reflexão a partir do campo do teatro em Porto Alegre. 2012. 264 f. Tese (Doutorado em Administração). Programa de Pós-graduação em Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, 2012.

_____. Aprendizagem Organizacional e Epistemologia da Prática: Um Balanço de Percurso e Repercussões . **Revista interdisciplinas de gestão social –RIGS**. v.2, n.1, p. 35- 55. Jan. / abr., 2013.

BAE, S.H.; MARK, B.; FRIED, B. Impact of nursing unit turnover on patient outcomes in hospitals. **Journal of Nursing Scholarship**. Vol.42, n.1, p.40-9, march, 2010.

BALBASTRE, F.; MORENO-LUZON, M. Self-assessment application and learning in organizations: a special reference to the ontological dimension. **Total Quality Management**. v.14, n. 3, p. 367–388, 2003.

BALSANELLI, P. A. et al. (Orgs.). **Competências gerenciais: desafio para o enfermeiro**. São Paulo: Martinari, 2008.

BAINES, R.J., et al. Changes in adverse event rates in hospitals over time: a longitudinal retrospective patient record review study. **BMJ Qual Saf**. n.22, p.290–298, 2013.

BAPUJI, H.; CROSSAN, M. M. From Questions to Answers: Reviewing Organizational Learning Research. **Management Learning**. v.35, n.4, p.397-417. Dec., 2004.

BARATA, L. R.B.; MENDES, J.D.V.; BITTAR, J.D.V. Hospitais de ensino e o sistema Único de saúde. **Revista de Administração em Saúde- RAS**. Vol. 12, n. 46, p. 7-14, Jan-Mar, 2010.

BARBOSA, P. R. **Inovação em serviços de saúde: dimensões analíticas e metodológicas na dinâmica de inovação em hospitais**. 2009.142 f. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública). Programa de Pós-graduação da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo** - Edição Revista e Ampliada. Lisboa: Edições 70, 2011.

BARNES, B. Practice as collective action. In: SCHATZKI, T.R.; KNORR-CETINA, K.; VON SAVIGNY, E. (eds.) **The Practice Turn in Contemporary Theory**. London: Routledge, 2001.

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

_____. Is the resource-based view a useful perspective for strategic management research? Yes. **Academic of Management Review**. Vol. 2, n.1, p.41–56, january, 2001.

BARRETO, I. Dynamic capabilities: A review of past research and an agenda for the future. **Journal of Management**. v.36, n.1, p. 256-280. Jan., 2010.

BATTESINI, M.; CATEN, C. S.T. Análise Conjunta: uma abordagem para obtenção de maiores informações do comportamento do consumidor. In: **Encontro Nacional de Engenharia de Produção**, 2001, Salvador.

_____. Análise Conjunta com estimulação em duas etapas. **Produto & Produção**. Vol.8, n.1, p.31-51, mar.,2005.

BERGMAN, J., JANTUNEN, A., SAKSA, J. Managing knowledge creation and sharing — Scenarios and dynamic capabilities in inter-industrial knowledge networks. **Journal of Knowledge Management**. vol. 8, n.6, p. 63-76, 2004.

BIAZZI, F. Intellectual Capital and Organizational Renewal: Building Dynamic Capabilities through People. **Brazilian Administration Review - BAR**, Rio de Janeiro, v. 9, Special Issue, art. 3, p. 38-59, may, 2012.

BILLET, S.; HARTEIS, C.; GRUBER, C. **International Handbook on Research in Professional and Practice-based Learning**. Springer international, Dordrecht, The Netherlands. vol. 1/ 2, 2014.

BISPO, M. S.; GODOY, A. S. Etnometodologia enquanto Caminho Teórico-metodológico para Investigação da Aprendizagem nas Organizações. **RAC**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, art. 3, p. 684-704, set./out., 2012.

BISPO, M.S.; MELO, A.S. A miopia da aprendizagem coletiva nas organizações: existe uma lente para ela? **Revista Gestão e Planejamento**. Salvador, v. 12, n. 3, p. 728-745, set/dez. 2012.

BISPO, M. S.. Aprendizagem organizacional baseada no conceito de prática: contribuições de Silvia Gherardi. **RAM- Rev. Adm. Mackenzie**. v. 14, n. 6, Edição Especial. São Paulo, nov/dez., 2013.

BITENCOURT, C. C.; AZEVEDO, D. O Futuro da Aprendizagem Organizacional: Possibilidades e Desafios. **RAE- Revista de Administração de Empresas**. v. 46, Edição Especial, nov-dez., 2006.

BOFF, L. H.; ANTONELLO, C.S. Descaminhos: aprendizagem e conhecimento organizacional versus organizações que aprendem e gestão do conhecimento. In: ANTONELLO, C.S.; GODOY, A.S. et al. **Aprendizagem Organizacional no Brasil**. Porto Alegre: Bookman, 2011, p. 183-198.

BONACIM, C.C.G, ARAUJO, M. A. P. Gestão de custos aplicada a hospitais universitários públicos: a experiência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP. **Revista de Administração Pública- RAP**. Vol.44, n.4, p.903-31, jul./ago. 2010.

BORBA, G. S.; KLIEMANN, F. J. Gestão Hospitalar: identificação das práticas de aprendizagem existentes em hospitais. **Saúde Soc**. São Paulo, v.17, n.1, p.44-60, 2008.

BOYNE, G.A. Public and private management: What's the difference? **Journal of Management Studies**. vol. 39, n.1, p. 97-122, 2002.

BOWMAN, C.; AMBROSINI, V. How the resource-based and the dynamic capability views of the firm inform competitive and corporate level strategy. **British Journal of Management**. n.14, p. 289-303, Nov., 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS Nº 198, de 13 de fevereiro de 2004**. Dispõe sobre a Política Nacional de Educação Permanente. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [online]. Disponível em <URL: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/> . Acesso em 22/10/2013.

_____.Ministério da Educação. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares- EBSEH. **Aplicativo AGHU**. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/> Acesso em 12 dezembro, 2015.

BRENNAN, T.A. et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. **N Engl J Med**. N.324, p.370-376, 1991.

BRESNEN, M.; GOUSSEVSKAIA, A.; SWAN, J. Organizational routines, situated learning and processes of change in project-based organizations. **Project Management Journal**. v. 36, n. 3, p. 27-41. Sept., 2005.

BRIDGES, J.F.P. et al. Conjoint Analysis Applications in Health—a Checklist: A Report of the ISPOR Good Research Practices for Conjoint Analysis Task Force. **Value in Health**. Vol. 14, p. 403-413, 2011.

BROWN, J. S.; DUGUID, P. Organizational learning and communities-of-practice: toward a unified view of working, learning and innovating. **Organization Science**. v. 2, n. 1, p. 40-57, May, 1991.

BURRELL, G.; MORGAN, G. **Sociological paradigms and organisational analysis**. Vermont: Ashgate Publishing, 1979.

BURWELL, Sylvia M. Setting value-based payment goals—HHS efforts to improve US health care. **N Engl J Med**. Vol. 372, n. 10, p. 897-9, 2015.

BUSSULAR, C. et al. Researching from the standpoint of the one who does: ethnography as a methodological possibility for the studies of knowing and learning in organizations. In: **29th EGOS Colloquium**, 2013, Montréal. *Anais eletrônicos*. Montréal: European Group for organizational studies, 2013. Disponível em: <<http://www.egosnet.org>. Acesso em: 12 jan. 2013.

CALDAS, B. N. **O papel dos dirigentes hospitalares**: a percepção dos diretores de Hospitais Universitários Vinculados à Instituição. 2008. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas) - Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2008.

CALVO, Maria Cristina Marino. **Hospitais públicos e privados** no Sistema Único de Saúde do Brasil: o mito da eficiência privada no Estado do Mato Grosso em 1998. 223 p. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção). Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2002.

CAPRARA, A.; LANDIM, L. P. Etnografia: uso, potencialidades e limites na pesquisa em saúde. **Interface**. Botucatu , v. 12, n. 25. Jun., 2008.

CARLILE, P. A pragmatic view of knowledge and boundaries: Boundary objects in new product development. **Organization Science**. Vol.13, n.4, 2002.

CASTRO, L.C.; CASTILHO, V. O custo de desperdício de materiais de consumo em um centro cirúrgico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Vol. 21, n. 6, p.1228-34, nov.-dez. 2013.

CAVUSGIL, E.; SEGGIE, S. H.; TALAY, M.B. Dynamic capabilities view: foundations and research agenda. **Journal of Marketing Theory and Practice**, v.15, n.2, p.159-166, 2007.

CECCIM, R.B. FEUERWERKER, L. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. Vol.14, n.1, p.41- 65, 2004.

CHEN, H.; LEE, P. The driving drivers of dynamic competitive capabilities: a new perspective on competition. **European Business Review**. v.21, n.1, p.78-91. 2009.

CHRISTENSEN, C.; GROSSMAN, M.D.; HWANG, J. **Inovação na gestão da saúde**. A receita para reduzir custos e aumentar qualidade. Porto Alegre: Artmed, 2009.

CLEGG, S. R.; HARDY, C. Organizations, organization, organizing. In: CLEGG, S. R.; HARDY, C.; NORD, W. (Ed.). **Handbook of organization studies**. London: Sage, 1996.

CLEMENTS, A. et al. Overcrowding and understaffing in modern health-care systems: key determinants in meticillin-resistant *Staphylococcus aureus* transmission. **The Lancet Infectious Diseases**. Vol.8, n.7, p.427-34, July, 2008.

COFEN –CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução 293/04**. Fixa e Estabelece Parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nas Unidades Assistenciais das Instituições de Saúde e Assemelhados. Brasília, 2004.

COLLINS, H. M. What is tacit knowledge? In: SCHATZKI, T. R.; KNORR-CETINA, K.; VON SAVIGNY, E. (ed.). **The Practice Turn in Contemporary Theory**. London: Routledge, 2001.

COOK, S.; YANOW, D. Culture and organizational learning. **Journal of Management Inquiry**. v. 2, n. 4, p. 373-390, Dec., 1993.

COOK, S.; BROWN, J. Bridging epistemologies: The generative dance between Organizational Knowledge and Organizational Learning. **Organization Science**. v. 10, n.4, p. 381-400. Jul-aug., 1999.

CORRADI, G.; GHERARDI, S.; VERZELLONI, L. Ten good reasons for assuming a practice lens on organizational studies. In: **Proceedings of OLKC**, International Conference on Organizational Learning, Knowledge and Capabilities, Copenhagen, Denmark, p. 27-30, April, 2008.

_____. Through the practice lens: Where is the bandwagon of practice-based studies? **Management Learning**. v.41, n.3, p.265-283, July, 2010.

CRESWELL, John W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

CROSSAN, M. M.; LANE, H.; WHITE, R. E. An organizational learning framework: from intuition to institution. **Academy of management review**. v.24, n.3, p.522-537, July, 1999.

CROSSAN, M.M.; MAURER, C.; WHITE, R. E. Reflections on the 2009 AMR decade Award: do we have a theory of Organizational learning? **Academy of Management Review**. v.36, n.3, p.446–460, July, 2011.

CZARNIAWSKA-JOERGES, C. B. **Shadowing: and other techniques for doing fieldwork in modern societies**. Copenhagen: Business University Press, 2007.

DAFT, R. Learning the craft of organizational research. **The Academy of Management Review**. (pre-1986) v.8, Oct.,1983.

DAVIES, A.; DODGSON, M.; GANN, D. Dynamic Capabilities in Complex Projects: The Case of London Heathrow Terminal 5. **Project management Journal**. april-may,

2016. Article first published online: <http://www.pmi.org/Learning/publications-project-management-journal.aspx>. Acesso em 14 março 2016.

DE CAMILLIS, P.; BUSSULAR, C.; ANTONELLO, C. S. Agência a partir da Teoria Ator-Rede: reflexões e contribuições para as pesquisas em administração. **O&S-Salvador**, v. 23, n. 76, p. 073-091, Jan./Mar., 2016.

DECUYPER, S; DOCHY, F; BOSSCHE, P.V. Grasping the dynamic complexity of team learning: An integrative model for effective team learning in organisations. **Educational Research Review**. Vol. 5, n. 2, p. 111–133, 2010.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. (Ed.). **Handbook of qualitative research**. Thousand Oaks: SAGE, 1994.

DI STEFANO, G.; PETERAF, M.; VERONA, G. Dynamic capabilities deconstructed: a bibliographic investigation into the origins, development, and future directions of the research domain. **Ind Corp Change**. v.19, n.4, p.1187-1204, 2010.

DIERKES, M. et al. **Handbook of organizational learning and knowledge**. Oxford: Oxford University Press, 2001.

DINIZ, E. H. et al. Abordagens Epistemológicas em Pesquisas Qualitativas: Além do Positivismo nas Pesquisas na Área de Sistemas de Informação.In: **Encontro Anual da Anpad - EnANPAD**, 2006.

DJELLAL, F.; GALLOUJ, F. Mapping innovation dynamics in hospitals. **Research Policy**. v.34, p. 817-835, 2005.

DONABEDIAN, Avedis. Promoting quality through evaluating the process of patient care. **Medical Care**. Vol. 6, n. 3, p. 181-202, 1968.

_____. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology and Laboratory Medicine**. Northfield, vol. 114, p. 115-1118, nov., 1990.

_____. Evaluating the quality of medical care. **Milbank Quarterly**. Vol. 83, n. 4, p. 691-729, 2005.

DOVING, E.; GOODERHAM, P. N. Dynamic capabilities as antecedents of the scope of related diversification: the case of small firm accountancy practices. **Strategic Management Journal**. v.29, p.841–857, 2008.

EASTERBY-SMITH, M.; ARAUJO, L. **Organizational Learning and the Learning Organization**: Developments in Theory and Practice. California: SAGE Publications, 1999.

EASTERBY-SMITH, M. et al. Absorptive Capacity – a process perspective. **Management learning**. v. 39, n.5, p. 483-501, 2008.

EASTERBY-SMITH, M.; LYLES, M.; PETERAF, M. A. Dynamic Capabilities: Current Debates and Future Directions. **British Journal of Management**. v.20, Issue Supplement s1, p. S1–S8. March, 2009.

EASTERBY-SMITH, M.; LYLES, M. (ed.) **The Blackwell- Handbook of Organizational Learning and Knowledge Management**, 2nd ed. Oxford: Wiley ed., 2011.

EASTERBY-SMITH, M.; PRIETO, I. Dynamic Capabilities and Knowledge Management: an Integrative Role for Learning? **British Journal of Management**, v. 19, n.3, p.235–249. Sept., 2008.

EKLÖF, M.; TÖRNER, M.; POUSETTE, M. Organizational and social-psychological conditions in healthcare and their importance for patient and staff safety. A critical incident study among doctors and nurses. **Safety Science**. n.70, p. 211–221, 2014.

EISENHARDT, K.M. Building Theories from Case Study Research. **Academy of Management Review**, v.14, n. 4, p.532-550, 1989.

EISENHARDT, K. M.; MARTIN, J. A. Dynamic Capabilities: what are they? **Strategic Management Journal**. v.21, p. 1105-1122. Oct-nov., 2000.

ELMUALIM, A.; GOVENDER, K. Communities of practice in UK large contracting firms: contrasting application and non-utilized merits. **Architectural Engineering and Design Management**. v.4, n.3-4, p. 149-159, 2008.

ERIKSSON, T. Processes, antecedents and outcomes of dynamic capabilities. **Scandinavian Journal of Management**. v.30, n.1, p. 65-82. March, 2014.

FARLEY, K. et al. Exploring the feasibility of Conjoint Analysis as a tool for prioritizing innovations for implementation. **Implementation Science**. N. 8, vol. 56. Published online 2013 May 29. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3668987/#__sec22title Acesso em 29 de abril 2016.

FELDMANN, M. S.; ORLIKOWSKI, W. J. Theorizing Practice and Practicing Theory, **Organization Science**. v. 22, n.5, p. 1240–1253. Sep–Oct., 2011.

FERDINAND, J. et al. Dynamic Capability: Tracking the Development of a Concept. In: **OKLC conference**. Paper presented as part of the track on: 'Intangible assets and social, intellectual, and cultural assets. Innsbruck, Austria, April, 2004.

FERRI, S. M.N. et al. As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família. **Interface** - Comunicação, Saúde, Educação (Botucatu). vol.11, n.23, p.515-529, Set./Dez., 2007

FEUERWERKER, L.; CECILIO, L.C.O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, Vol. 12, n. 4, p. 965-971, Aug. 2007.

FIOL, C. M.; LYLES, M. Organizational learning. **Academy of management Review**. v.10, n.4, p.803-814. Oct., 1985.

FISHER, K.; ORKIN, F.; FRAZER, C. Utilizing Conjoint Analysis to explicate health care decision making by emergency nurses: a feasibility study. **Applied Nursing research**. Vol.23, p.30-35, 2010.

FLACH, L.; ANTONELLO, C. S. Organizações culturais e a aprendizagem baseada em práticas. **CADERNOS EBAPE. BR**, v. 9, n. 1, artigo 9, p. 164-175. Rio de Janeiro: março, 2011.

FLICK, U. **Qualidade na pesquisa qualitativa**. PortoAlegre: Artmed, 2009.

_____. **Desenho da pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: ArtMed, 2011.

FOX, S. Inquiries of every imaginable kind: ethnomethodology, practical action and the new socially situated learning theory. **The Sociological Review**.v.54, n.3, p.426–445. Aug., 2006.

FREIXO, J. ROCHA, A. Arquitetura de Informação de Suporte à Gestão da Qualidade em Unidades Hospitalares. **RISTI- Revista Ibérica de Sistemas e Tecnologias de Informação**. N.14, dez., 2014.

FRIESL, M. Knowledge acquisition strategies and company performance in young high technology companies. **British Journal of Management**. v. 23, n.3, p. 325–343. Sept., 2012.

FUGULIN, F. M. T. et al. Custo da adequação quantitativa de profissionais de enfermagem em Unidade Neonatal. **Revista da Escola de Enfermagem da USP- São Paulo**. v. 45, p. 1582- 1588, 2011.

GADELHA, C. A. G. et al. O Complexo Econômico-Industrial da Saúde no Brasil: dinâmica de inovação e implicações para o Sistema Nacional de Inovação. **Revista Brasileira de Inovação**. vol.12, n.2, p. 251-282, julho/dezembro, 2013.

GARCIA, S.F. et al. Gestão de material médico-hospitalar e o processo de trabalho em um hospital público. **Rev Bras Enferm**, Brasília. Vol.65, n.2, p. 339-46, mar-abr., 2012.

GARUD, R.; KUMARASWAMY, A. Vicious and virtuous circles in the management of knowledge: the case of infosys technologies. **MIS Quarterly**. v. 29, n.1, p. 9-33. March, 2005.

GEIGER, D. Revisiting the Concept of Practice: Toward an Argumentative Understanding of Practicing. **Management Learning**. v. 40, n. 2, p. 129–144, 2009.

GELBCKE, F.L.; MATOS, E. SALLUM, N. Desafios para a integração multiprofissional e interdisciplinar. **Tempus - Actas de Saúde Coletiva**. Vol. 6, n.4, p.31-39, 2012.

GERGEN, K. J. The social Constructionism movement in modern Psychology. **American Psychologist**. Vol.40, n.3, p.266-275, march, 1985.

GHERARDI, S. Where Learning is: metaphors and situated learning in a planning group. **Human Relations**. v.53, n.8, p.1057-1080. Aug., 2000.

_____. From Organizational Learning to Practice-Based Knowing. **Human Relations**. v.54, n.1, p. 131-139, 2001.

_____. **Organizational knowledge: The texture of workplace learning.** London: Blackwell Publishing, 2005.

_____. Situated knowledge and situated action: what do practice-based studies promise? In: BARRY, D.; HANSEN, H. **New approaches in management and organization.** London: SAGE, 2008.

_____. Introduction: The Critical Power of the "Practice Lens". **Management Learning.** v.40, p.115-128, April, 2009a.

_____. Practice? It's a Matter of Taste! **Management Learning.** v.40, n.5, p.535-550, Nov, 2009b.

_____. Telemedicine: A practice-based approach to technology. **Human Relations,** v.63, n.4, p.501-524, April, 2010.

_____. Organizational Learning: The Sociology of Practice. In: EASTERBY-SMITH, M., LYLES, M. A. (Eds.) **Handbook of Organizational Learning and Knowledge Management,** 2nd. Edition, p.43-65. New York: John Wiley & Sons, 2011.

_____. Docta ignorantia: professional knowing at the core and at the margins of a practice. **Journal of Education and Work.** Vol. 25, n.1, p.15-38, 2012.

_____. **How to conduct a practice-based study.** Cheltenham, UK: Edward Elgar Publishing, 2013.

_____. Reconceptualising professional knowing-in-practice: the role of materiality and aesthetic understanding. In: FENWICK, T.; NERLAND, M. (eds). **Reconceptualising Professional Learning:** sociomaterial knowledges, practices, and responsibilities. London: Routledg, 2014.

_____. To start practice theorizing anew: The contribution of the concepts of agencement and formativeness. **Organization.** n. 21, sept., 2015a.

_____. How the Turn to Practice may contribute to Working Life Studies. **Nordic Journal of working life studies.** Vol.5, n.3, p.13-25, October, 2015b.

GHERARDI, S.; NICOLINI, D.; ODELLA, F. Toward a Social Understanding of How People Learn in Organizations: The Notion of Situated Curriculum. **Management Learning.** v. 29, n.3, p. 273-297, sept., 1998.

GHERARDI, S.; NICOLINI, D. The Sociological Foundation of Organizational Learning. In: Dierkes M., A. et al. (ed). **Handbook of Organizational Learning.** Oxford: Oxford University Press, p. 35-60, 2001.

GHERARDI, S.; PERROTTA, M. Becoming a Practitioner: Professional Learning as a Social Practice. In: BILLET, S. **International Handbook of Research in Professional and Practice-based Learning.** Springer International Handbooks of Education, p. 139-162, 2014.

GIBBS, A. **Análise de dados qualitativos.** Porto Alegre: Artmed, 2009.

GONÇALO, C. R.; BORGES, M.L. Organizações de saúde intensivas em conhecimento: um estudo no contexto de serviços de alta complexidade. **Saúde e Sociedade**, [S.l.], v. 19, n. 2, p. 449-461, jun., 2010.

GOUSSEVSKAIA, A.; ARRUDA, C.; VAZ, S. L. Capability transformation: interplay between interest alignment and knowledge leveraging mechanisms. In: **Academy of Management Annual Meeting Proceedings**, Anaheim, CA., 2008.

GOUVÊA, C. S. D.; TRAVASSOS, C. Indicadores de segurança do paciente para hospitais de pacientes agudos: revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**. Vol.26, n.6, p. 1061-1078, 2010.

GREEN, P.; WIND, J. A New Way to Measure Consumer Judgments. **Harvard Business Review**. n. 53, p.107-117, June, 1975.

GREY, C.; ANTONACOPOULOU, E. (Eds.). **Essential readings in management learning**. London: SAGE Publications, 2004.

GUERRA, R.M.A. et al. Capacidades Dinâmicas e Gestão do Conhecimento: Principais Achados de uma Revisão Sistemática da Literatura. In: **VII Encontro de Estudos em Estratégia – 3Es**. Brasília, junho, 2015.

GUERRERO, G.P.; BECCARIA, L.M.; TREVIZAN, M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. **Rev Latino-am Enfermagem**. Vol.16, n.6, p.26-31, nov.-dez., 2008.

HAIR, J. F. **Multivariate data analysis**. 6^o ed. NJ: Prentice Hall, 2009.

HAKANSON, L. The firm as an epistemic community: the knowledge-based view revisited. **Ind Corp Change**. Vol.19, n.6, p.1801-1828, 2010.

HELFAT, C. et al. **Dynamic Capabilities: understanding strategic change in organizations**. London: Blackwell Publishing. 2007.

HELFAT, C.E.; PETERAF, M. A. The dynamic resource-based view: Capability lifecycles **Strategic Management Journal**. v.24, n.10, p.997-1010, 2003.

_____. Understanding Dynamic capabilities: progress along a developmental path. **Strategic Organization**. v.7, n.1, p. 91-102, 2009.

_____. Managerial cognitive capabilities and the microfoundations of dynamic capabilities. **Strategic Management Journal**. vol. 36, n.6, p. 831–850, jun., 2015.

HELFAT, C.; WINTER, S. Untangling Dynamic and Operational Capabilities: Strategy for the (N)ever-Changing World. **Strategic Management Journal**. v.32, n.11, p.1243–1250. Nov., 2011.

HELMCHEN, L. A.; RICHARDS, M. R.; MCDONALD, T. B. Successful remediation of patient safety incidents: A tale of two medication errors. **Health Care Management Review**. Vol.36, n.2, p.114-123, April/June, 2011.

HENRIKSON, E.; KUREK, J. As inteconexões do conhecimento tácito e explícito em nível individual e coletivo. In: ANTONELLO, C. S.; GODOY, A. S. (Eds.) **Aprendizagem Organizacional no Brasil**. Porto Alegre: Bookman, 2011.

HENRIQUE, J.L.; SOUZA, R.V. O Uso da Técnica de Análise Conjunta na Pesquisa em Marketing: Uma Avaliação das Publicações Brasileiras. In: **Encontro Anual da Anpad - EnANPAD**, Salvador, 2006.

HERMANO, V.; MARTÍN-CRUZ, N. The role of top management involvement in firms performing projects: A dynamic capabilities approach. **Journal of Business Research**. Available online 12 February 2016. In Press, Corrected Proof. Disponível em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0148296316000576>. Acesso online em 14 abril, 2016.

HODGKINSON, G.P.; HEALEY, M.P. Psychological foundations of dynamic capabilities: reflexion and reflection in strategic management. **Strategic Management Journal**. v.32, n.13, p.1500–1516. Dec., 2011.

ISIDRO FILHO, A.; GUIMARAES, T.A. Conhecimento, aprendizagem e inovação em organizações: uma proposta de articulação conceitual. **Revista de Administração e Inovação**. São Paulo, v. 7, n. 2, p. 127-149, abr./jun., 2010.

JACQUES, J.E. **Desenvolvimento de um sistema de custos integrado aos Protocolos médicos para Unidades hospitalares de Tratamento intensivo**. 2002, 126f. Dissertação (Mestrado em Economia), Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre: 2002.

JASANOFF, S. The political science of risk perception. **Reliability Engineering and Systems Safety**. Vol. 59, n.1, p.91–99, 1998.

JENSEN, M. B. et al. Forms of Knowledge and modes of innovation. **Research Policy**. v. 36, n. 5, p. 680-693. Jun., 2007.

JOIA, L. A.; LEMOS, B. Fatores relevantes à transferência de conhecimento tácito em organizações: um estudo exploratório. In: **XXXIII Encontro da ANPAD**. São Paulo, 19-23 de setembro, 2009. *Anais eletrônicos...* São Paulo, 2009. Disponível em: <<http://www.anpad.org/eventos>. Acesso em: 10 dez. 2013.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. **Guia de processo de Avaliação de Hospital – para Acreditação da JCI**. (Brazilian portuguese). Joint Commission Resources, Inc., 2014.

JUN, G.T.; WARD, J.; CLARKSON, J. Systems modelling approaches to the design of safe healthcare delivery: ease of use and usefulness perceived by healthcare workers. **Ergonomics**. Vol.53, n.7, p. 829-847, 2010.

JURASCHEK, S.P. et al. Registered Nurse Workforce Report Card and Shortage Forecast. **American Journal of Medical Quality**. United States. Vol.27, n.3, p. 241–249, 2012.

KASSAB, C. **Um estudo da gênese das dynamic capabilities: O caso da tecnologia bancária no Brasil**. 2011, 152 f. Dissertação (Mestrado em

Administração de Empresas), Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas(FGV). São Paulo, 2011.

KELLOGG, M. et al. Life in the Trading Zone. **Organization Science**. v.17, n.1, p. 22-44. Jan-feb., 2006.

KOHN, L.T.; CORRIGAN, J.M.; DONALDSON, M.S. (Eds): **To Err Is Human: Building a Safer Health System**. Washington DC, National Academy Press, 1999.

LANDRIGAN, C.P. et al. Temporal trends in rates of patient harm resulting from medical care. **N Engl J Med**. n.363, p.2124–34, 2010.

LATOURE, B. **Reagregando o Social - introdução à teoria do ator-rede**. Série de Estudos - Salvador: EduFBA, 2012.

LAUS, A.M.; ANSEMI, M.L. Ausência dos trabalhadores de Enfermagem em um hospital escola. **Rev Esc Enferm USP**. vol. 42, n.4, p.681-689, 2008.

LAVE, J.; CHAIKLIN, S. (Eds.). **Understanding Practice: Perspectives on Activity and Context**. Cambridge: University of Cambridge Press, 1993.

LAVE, J.; WENGER, E. **Situated learning: legitimate peripheral participation**. New York: Cambridge University Press, 1991.

LEE, P.Y. et al. Driving dynamic knowledge articulation and dynamic capabilities development of service alliance firms. **The Service Industries Journal**. v. 31, n. 13, p.2223–2242. Oct., 2011.

LEIPONEN, A. Managing Knowledge For Innovation - The Case of Business-to-Business Services. **J Prod Innov Manag**. v.23, n.3, p.238–258. April, 2006.

LEMIEUX-CHARLES, L.; MCGUIRE, W. What Do We Know about Health Care Team Effectiveness? A Review of the Literature. **Medical Care Research and Review**. Vol. 63, n. 3, p. 263-300, June, 2006.

LEONARD, M.; GRAHAM, S.; BONACUM, D. The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. **Qual Saf Health Care**. Vol.13, n.1, p.85 – 90, 2004.

LIBERALI, J.; DALL'AGNOL, C.M. Supervisão de enfermagem: um instrumento de gestão. **Rev Gaúcha Enferm**. Porto Alegre, vol.29, n.2, p.276-82, jun., 2008.

LIN, H.F.; SU, J.Q.; HIGGINS, A. How dynamic capabilities affect adoption of management innovations. **Journal of Business Research**. Vol. 69 , p.862–876, 2016.

LINDEN, A. I.; BITENCOURT, C.C.; ROMÃO, M.J.B.; TONDOLO, V.A.G. Construindo serviços de saúde mais seguros: desafios para as estratégias de gestão do conhecimento. In: BARBOSA, A.C. Q.; BITENCOURT, C.C.; SILVA, J.R. **Inovação, conhecimento e tecnologia – uma perspectiva luso-brasileira**. Lisboa: Edições Colibri, 2015.

LIPIRA, L.E.; GALLAGHER, T.H. A abertura de informações sobre eventos adversos e erros no cuidado cirúrgico: desafios e estratégias para melhorar. **World J Surg**. Vol.38, n.7, p.1614-1621, 2014.

LOBLER, M. L. et al. Como estão sendo Conduzidos os Estudos De Caso? Uma Reflexão Sobre os Trabalhos Publicados na Área de Administração. In: **XXXVIII Encontro da ANPAD - EnANPAD**. Rio de Janeiro, setembro 2014.

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

LÓPEZ, S. V. Competitive advantage and strategy formulation: The key role of dynamic capabilities. **Management Decision**, v.43, n.5, p. 661-669, 2005.

LOUSANA, G. **Boas práticas clínicas nos centros de pesquisa**. 2 ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2008.

MACHADO, M. H. **Perfil da Enfermagem no Brasil**. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)/ Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). 2015. Disponível em: <http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/pesquisa-inedita-traca-perfil-da-enfermagem-no-brasil> Acesso em 10 março 2016.

MAGUIRE, S.; HARDY, C. Organizing processes and the construction of risk: A discursive approach. **Academy of Management Journal**. Vol.56, n.1p. 231–255, 2013.

MALHOTRA, N., K., JAIN, A K. A Conjoint Analysis Approach to Health Care Marketing and Planning. **Journal of Health Care Marketing**. Vol.2, p.35 – 44, spring, 1982.

MANSER, T. Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. **Acta Anaesthesiol Scand**. Vol. 53, n.2, p. 143–151, feb., 2009.

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

MARSHALL, D. et al. Conjoint analysis in health: how are studies being designed and reported? Review Article. **The Patient: Patient-Centered Outcomes Research**. Vol. 3, n.4, p. 249- 256, Dec., 2010.

MARTINS, H.H. Metodologia qualitativa de pesquisa. **Educação e Pesquisa**. São Paulo, v.30, n.2, p. 289-300, maio/ago., 2004.

MAZZA, C.L.S. **Capacidades Dinâmicas e Inovação em Serviços: um Estudo de Caso das Práticas de Sustentabilidade Empresarial do Laboratório Sabin**. 2013, 161 f. Dissertação (Mestrado em Administração), Programa de Pós-graduação em Administração, Universidade de Brasília. Brasília, 2013.

MCDONALD, S. Studying actions in context: a qualitative shadowing method for organizational research. **Qualitative Research**. Vol. 5, n. 4, p. 455-473, 2005.

MCTIERNAN, P. et al. Patient safety is not elective: a debate at the NPSF Patient Safety Congress. **BMJ Qual Saf.** Vol.24, n.2, p. 162-166, 2015.

MEIRELLES, D.S.; CAMARGO, A.A.B. Capacidades Dinâmicas: O Que São e Como Identificá-las? **RAC-** Rio de Janeiro, v. 18, Ed. Esp., art. 3, p. 41-64, Dezembro, 2014.

MENDES, W. et al. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. **Int J Qual Health Care.** Vol.21, n.4, p. 279-284, 2009.

MENDES, W. et al. Características de eventos adversos evitáveis em hospitais do Rio de Janeiro. **Rev.assoc.med.bras.** Vol. 59, n.5, p.421–428, 2013.

MENDES, G.H.S., MIRANDOLA, T.B.S. Acreditação hospitalar como estratégia de melhoria: impactos em seis hospitais acreditados. **Gest. Prod., São Carlos.** Vol.22, n.3, p.636-648, 2015.

MENON, A.G. Revisiting dynamic capability. **IIMB Management Review.** Vol. 20, n.1, p.22-33, 2008.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo.** São Paulo: Hucitec, 2002.

MINTZBERG, Henry. **Criando Organizações Eficazes:** estruturas em cinco configurações. São Paulo: Atlas, 2003.

MINTZBERG, H.; LAMPEL, J.; GOSHAL, S. **O Processo da Estratégia.** 4.ed. Reimpressão. Bookman, 2006.

MITCHELL, J.R.; SHEPHERD, D.A.; SHARFMAN, M.D. Erratic strategic decisions: when and why managers are inconsistent in strategic decision making. **Strategic Management Journal.** v.32, p.683–704, 2011.

MONTEIRO, P.; NICOLINI, D. Recovering Materiality in Institutional Work: Prizes as an Assemblage of Human and Material Entities. **Journal of Management Inquiry.** Vol.24, n.1, p.61-81, January, 2015.

MORIGUCHI, C. S. et al. Sobrecarga em trabalhadores da indústria avaliada por meio da escala de necessidade de descanso sobrecarga em trabalhadores. **Rev Bras Fisioter.** São Carlos, v. 15, n. 2, p. 154-9, mar./abr. 2011.

MOTTA, P.C. Análise conjunta: modelo e aplicação. **Revista de Administração.** Vol.22, n.2, p.17-24, abr.-jun., 1987.

MOZZATO, A.R.; GRZYBOVSKI, D. Análise de Conteúdo como Técnica de Análise de Dados Qualitativos no Campo da Administração: Potencial e Desafios. **RAC.** Curitiba, v. 15, n. 4, p. 731-747, Jul./Ago., 2011

NAG, R.; GIOIA, D. From Common To Uncommon Knowledge: Foundations Of Firm-Specific Use Of Knowledge as a Resource. **Academy of Management Journal.** v. 55, n. 2, p.421–457. Apr., 2012.

NELSON, R.; WINTER, S. G. **An Evolutionary Theory of Economic Change**. Cambridge, MA: Belknap Press of Harvard University Press, 1982.

NICOLINI, D.; GHERARDI, S.; YANOW, D. Introduction: Toward a practice-based view of knowing and learning in organizations. In: NICOLINI, D.; GHERARDI, S.; YANOW, D. (Ed.). **Knowing in organizations: a practice-based approach**. NY: ME Sharpe Armonk, 2003.

NICOLINI, D.; MEZNAR, M.B. The social construction of organizational learning. **Human relations**. v.48, n.7, p.727-741 July, 1995.

NICOLINI, D.; MONTEIRO, P. The Practice Approach: For a Praxeology of Organisational and Management Studies. In: TSOUKAS, H.; LANGLEY, A. (eds). **The SAGE Handbook of Process Organization Studies**. London: SAGE, 2016. Available at: <https://www.researchgate.net/publication/282334669>. Acesso em 02 março 2016.

NICOLINI, D.; SCARBROUGH, H.; GRACHEVA, J. Communities of Practice and Situated Learning in Healthcare. In: FERLIE, E.; MONTGOMERY, K.; REFF, A. (eds.) **Oxford Handbook of Health Care Management**. Oxford: University Press. 2015.

NONAKA, I.; TAKEUCHI, H. **A criação do conhecimento na empresa - como as empresas japonesas geram a dinâmica da inovação**. 11ª ed. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

NUNES, J.A. **Construção do conhecimento, a ética, a política e a construção do conhecimento em saúde**. (Palestra). VI Seminário Internacional Direito e Saúde e X Seminário Nacional Direito e Saúde. Publicada em 08/07/2011. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/26363> Acesso em 2 maio 2016.

OLIVEIRA, R.M. et al. Avaliando os fatores intervenientes na segurança do paciente: enfoque na equipe de enfermagem hospitalar. **Rev Esc Enferm USP**. Vol.49, n.1, p. 104-113, 2015.

ORLIKOWSKI, W. Using technology and constituting structures: A practice lens for studying technology in organizations. **Organization Science**. v.11, n.4, p.404-428, Jul/ago., 2000.

OULTON, J. The Global Nursing Shortage: An Overview of Issues and Actions. **Policy Politics Nursing Practice**. vol. 7, n. 3, suppl 34S-39S, Aug., 2006.

OVRETVEIT, J. **Melhorias que agregam valor**. Proqualis, ICICT/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2015.

PANDZA, K. et al. A real options approach to managing resources and capabilities. **International Journal of Operations & Production Management**. Vol. 23, n.9, p.1010-1032, 2003.

PITELIS, N.; TEECE, D. **Dynamic Capabilities, Developmental Industrial Strategy and The Strategic SCA of Nations**. (Eletronic copy) March 21, 2016. Disponível

em: SSRN: <http://ssrn.com/abstract=2749110> ou
<http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2749110>. Acesso em 20 abril 2016.

PECI, A. Além da dicotomia objetividade-subjetividade. In: VIEIRA, M. M.; ZOUAIN, D. M. (Org.). **Pesquisa qualitativa em administração**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005.

PEDRON, C.D. **Using The Dynamic Capabilities Perspective To Analyse CRM Adoption: A Multiple Case Study In Portuguese Organisations**. 2009. 276p. Tese (Phd Thesis In Management). Universidade Técnica de Lisboa - Instituto Superior de Economia e Gestão – ISEG. Lisboa, 2009.

PELAEZ, V. et al. Fundamentos e Microfundamentos da Capacidade Dinâmica da Firma. **RBI-Revista Brasileira de Inovação**. v. 7, n. 1, jan/jun., 2008.

_____. Análise da Capacidade Dinâmica na Indústria de Máquinas para Madeira: estudos de caso. **RBI- Revista Brasileira de Inovação**. v. 8, n.2, jul/dez., 2009.

PENROSE, E. **Teoria do crescimento da firma**. (1959) São Paulo: editora UNICAMP, 2006.

PERROCA, M. G.; JERICÓ, M.C.; FACUNDIN, S.D. Cancelamento cirúrgico em um hospital escola: implicações sobre o gerenciamento de custos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Vol.15, n.5, p.1028-24, set/out , 2007.

PETERAF, M.; DI STEFANO, G.; VERONA, G. The elephant in the room of Dynamic Capabilities: bringing two diverging conversations together. **Strategic Management Journal**, v. 34, n.12, p. 1389–1410, Dec., 2013.

PILIGRIMIENE, Z. BUCIUNIENE, I. Different perspectives on health care quality: is the consensus possible? **Engineering economics**. Vol.56, n.1, 2008.

PIMENTEL, A. teoria da aprendizagem experiencial como alicerce de estudos sobre desenvolvimento profissional. **Estudos de Psicologia** (NATAL), v.12, n.2, p.159-168. Maio-agosto, 2007.

PIRES, D. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. **Rev Bras Enferm**. Brasília. v.62, n.5, p. 739-744, set/out., 2009.

PRANGE, C. Aprendizagem organizacional: desesperadamente em busca de teorias? In: EASTERBY-SMITH, M.; BURGOYNE, J.; ARAUJO, L. **Aprendizagem Organizacional e Organização de Aprendizagem**. São Paulo: Atlas, 2001.

PREARO, L. C. **O uso de técnicas estatísticas multivariadas em teses e dissertações** sobre o comportamento do consumidor: um estudo exploratório. 2008.100p. Dissertação de mestrado. Universidade de São paulo- USP, 2008.

PRIETO, I. M.; EASTERBY-SMITH, M. Dynamic capabilities and the role of organizational knowledge: an exploration. **European Journal of Information Systems**, v.15, n.5, p. 500–510, 2006.

PORTER, M. **Estratégia competitiva: técnicas para análise de indústrias e da concorrência**. 14^o ed. Rio de Janeiro: Campus, 1986.

PORTO, S. et al. A magnitude financeira dos eventos adversos em hospitais no Brasil. **Rev Port Saúde Pública**. Vol. Temat.10, p.74-80, 2010.

POWER, M. et al. Learning from the design and development of the NHS Safety Thermometer. **Int J Qual Health Care**. Vol.26, n.3, p.287-297, 2015.

RAELIN, J. A. Toward an epistemology of practice. **Academy of Management Learning & Education Journal**. v. 6, n. 4, p. 495-519, 2007.

RAES, E. et al. An Exploratory Study of Group Development and Team Learning. **Human Resource Development Quarterly**. Vol. 26, n. 1, p. 5–30, Spring, 2015.

RAFTER, N. et al. Adverse events in healthcare: learning from mistakes. **QJM**. Vol. 108, n. 4, p.273-7, Jul., 2015.

REASON, J. Understanding adverse events: human factors. **Quality in Health Care**. Vol.4, n.2, p.80-89, jun., 1995.

REBELATTO, D. et al. **Marketing para Cursos de Engenharia.(e-book)**. São Paulo: Elsevier, 2014.

RECKWITZ, A. Toward a theory of social practices: a development in culturalist theorizing. **European Journal of Social Theory**. v. 5, n.2, p. 243-263. May, 2002.

REINL, L. J.; KELLIHER, F. Brokering sustainable learning communities: a rural micro-firm capability framewor. **Tourism Travel and Research Association: Advancing Tourism Research Globally**. Paper 10. June, 2015. Disponível online em: http://scholarworks.umass.edu/ttra/ttra2015/Academic_Papers_Visual/10 . Acesso em 04 fevereiro, 2016.

RIBEIRO, J. M. Desenvolvimento do SUS e racionamento de serviços hospitalares. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. Vol.14, n.3, p. 771-782, 2009.

RIBEIRO, M. B. et al. Processos em centro cirurgico: desafios e propostas de solução. In: **XXIX Encontro Nacional De Engenharia De Produção**. Engenharia de Produção e o Desenvolvimento Sustentável: Integrando Tecnologia e Gestão. Salvador, 06 a 09 de outubro de 2000.

ROSKO, M.D. et al. Strategic Marketing Applications of Conjoint Analysis: an HMO Perspective. **Journal of Health care marketing**. Vol.5, n.4, p.27-38, fall, 1985.

RYAN, M.; FARRAR, S. Using Conjoint Analysis to elicit preferences for health care. **BMJ**. Vol. 320, n.3, p.1530-1533, jun., 2000.

SÁ, M. C.; AZEVEDO, C. S. Subjetividade e gestão: explorando as articulações psicossociais no trabalho gerencial e no trabalho em saúde. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. Vol.15, n.5, p.2345-2354, 2010.

SALGE, T.; VERA, A. Hospital innovativeness and organizational performance: Evidence from English public acute care. **Health Care Management Review**. Vol. 34, n.1, p.54-67, Jan-Mar., 2009.

_____. Benefiting from public sector innovation: the moderating role of customer and learning orientation. **Public Administration Review**. Vol. 72, Issue 4, p. 550–559, July/August 2012.

_____. Small steps that matter: incremental learning, slack resources and organizational performance. **British Journal of Management**. Vol.24, n.2, p.156–173, Jun., 2013.

SCHATZKI, T.R.; KNORR-CETINA, K.; VON SAVIGNY, E. (ed.) **The Practice Turn in Contemporary Theory**. London: Routledge, 2001.

SCHILKE, O. On the contingent value of dynamic Capabilities for competitive advantage: The nonlinear moderating effect of Environmental dynamism. **Strat. Mgmt. J.** v.35, n.2, p.179–203. Feb., 2014.

SCHREYOGG, G.; KLIESCH-EBERL, M. How Dynamic Can Organizational Capabilities Be? **Strategic Management Journal**. v.28, n.9, p. 913–933. Sept., 2007.

SCHOFIELD, D.J.; EARNEST, A. Demographic change and the future demand for public hospital care in Australia- 2005 to 2050. **Aust Health Rev**. Vol. 30, p.507–15, 2006.

SENGE, P. M. **A quinta disciplina**. São Paulo: Editora Best Seller, 1990.

SHORTELL, S.M. Bridging the divide between health and health care. **JAMA**. Vol. 309, n. 11, p.1121-2, mar., 2013.

SHUEN, A.; FEILER, P.; TEECE, D.J. Dynamic capabilities in the upstream oil and gas sector: Managing next generation competition. **Energy Strategy Reviews**. Vol. 3,p.5-13, Sept.,2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENFERMEIROS EM CENTRO CIRÚRGICO (SOBECC). **Práticas recomendadas** - 5ª edição. SOBECC Nacional. São Paulo, 2013.

SOUTO, P. C. Beyond knowledge, towards knowing: the practice-based approach to support knowledge creation, communication, and use for innovation and strategies. **RAI - Revista de Administração e Inovação**. Vol.10, n.1, p. 51-78, 2013.

SOUSA, P.; UVA, A. S.; SERRANHEIRA, F. Investigação e inovação em segurança do doente. **Rev Port Saúde Pública**. Vol. Temático (10), p. 89-95, 2010.

SOUZA, Y. S. Organizações de aprendizagem ou aprendizagem Organizacional. **RAE-eletrônica**. Vol. 3, n. 1, Art. 5, jan./ jun., 2004.

STELFOX, H.T. et al. The “To Err is Human” report and the patient safety literature. **Qual Saf Health Care**. Vol.15, n.3, p. 174–178, 2006.

STAKE, Robert E. **Investigación con estudio de casos**. Madrid: Morata, 1998.

STRATI, A. Organizations viewed through the lens of aesthetics. **Organization**. Vol. 3, n.2, p. 209–218, 1996.

_____. **Organização e estética**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

TEECE, D. J.; PISANO, G.; SHUEN, A. Dynamic capabilities and strategic management. **Strategic Management Journal**. v.18, n.7, Aug., 1997.

TEECE, D. J. **Managing intellectual capital**: Organizational, strategic, and policy dimensions. Oxford: Oxford University Press, 2000.

_____. Explicating dynamic capabilities: the nature and microfoundations of (sustainable) enterprise performance. **Strategic Management Journal**. v.28, n.7, p.1319-1350, Dec., 2007

_____. **Dynamic Capabilities and Strategic Management**. Oxford: Oxford University Press.2009.

_____. Achieving integration of the business school curriculum using the dynamic capabilities framework. **Journal of Management Development**. v. 30, n. 5, p. 499-518, 2011.

_____. Dynamic Capabilities: Routines versus Entrepreneurial Action. **Journal of Management Studies**. v.49, n.8 Dec., 2012.

_____. A Dynamic Capabilities-Based Entrepreneurial Theory of the Multinational Enterprise. **Journal of International Business Studies**. Vol. 45, n.1, p.8-37, 2014.

_____. Managing experts and creative talent. In: BRYSON, J. R.; DANIELS, P. W. **Handbook Of Service Business: Management, Marketing, Innovation And Internationalisation**. Cheltenham, UK: Edward Elgar, p.242-256, 2015.

_____. Dynamic Capabilities and Entrepreneurial Management in Large Organizations: Toward a Theory of the (Entrepreneurial) Firm. **European Economic Review**, Original Research Article (In Press, Corrected Proof), 2016. Available online in: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S001429211500183X>. Acesso em 10 março 2016.

THORPE, R. et al. Using knowledge within small and medium-sized firms: A systematic review of the evidence. **International Journal of Management Reviews**. v.7, n.4. p. 257–281, Dec., 2005.

TOFFOLETTO, M.C.; RUIZ, X, R. Improving patient safety: how and why incidences occur in nursing care. **Rev Esc Enferm USP**. Vol.47, n.5, p.1099-107, Oct.,2013.

TONDOLO, V.A.G. **Development Of Capability To Manage And Implement Offshore Operations: A Multi-Case Study**. 2011, 223 f. Tese (Doutorado em Administração) - Programa de Pós-Graduação em Administração, Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), São Leopoldo, 2011.

TONDOLO, V.A.G.; BITENCOURT, C.C. Compreendendo as Capacidades Dinâmicas a Partir de Seus Antecedentes, Processos e Resultados. **BBR-Brazilian Business Review**. v.11, n.5, p.124-147, 2014.

TSOUKAS, H; CHIA, R. On organizational becoming: Rethinking organizational change. **Organization Science**. v. 13, n. 5, p. 567-582, 2002.

TSOUKAS, H. Do we really understand tacit knowledge? In: EASTERBY-SMITH, M.; LYLES, M. (eds.) **The Blackwell- Handbook of Organizational Learning and Knowledge Management**. 2nd ed., Wiley ed., Oxford, 2011.

ULLRICH, D.R. et al. Reflexões teóricas sobre confiabilidade e validade em pesquisas qualitativas: em direção à reflexividade analítica. **Análise: Revista de Administração da PUCRS**. Porto Alegre, v. 23, n. 1, p. 19-30, jan./abr. 2012.

VAN MAANEN, J. Some notes on the importance of writing in organization studies. In: **The Information Systems Research Challenge**. Harvard Business School, Boston, Massachusetts. Vol. I, p. 27-33, 1989.

VASCONCELLOS, F.C.; CYRINO, A. Vantagem competitiva: os modelos teóricos atuais e a convergência entre estratégia e teoria organizacional. **RAE - Revista de Administração de Empresas**. •Vol.40, n.4, p.20-37, Out./Dez. 2000.

VERA, D. On Building Bridges, Facilitating Dialogue, and Delineating Priorities: A Tribute to Mark Easterby-Smith and his Contribution to Organizational Learning. **Management Learning**. v. 40, n. 5, p. 499-511, Nov., 2009.

VERA, A.; SALGE, T. O. Practice-based learning as a Dynamic capability: a longitudinal study of public Hospitals in England. In: **Proceedings 11TM Public Management Research Association Conference-The Maxwell School Of Citizenship And Public Affairs**. Syracuse University, Jun 2-4, 2011.

VERONA, G.; RAVASI, D. Unbundling Dynamic Capabilities: An Exploratory Study of Continuous Product Innovation. **Industrial and Corporate Change**. Vol.12, n.3, p.577-606, 2003.

VERZELLONI, L. **A Sombra do Juiz** : Reflexões sobre a Aplicação do *Shadowing* para a Análise Empírica das Atividades do Juízes. Trad. Enzo Bello. Mimeo, 2012.

VIEIRA, M.; M .F.; ZOUAIN, D. M.(orgs.). **Pesquisa Qualitativa Em Administração-Teoria e Prática**. Rio de Janeiro: FGV Editora, 2005.

VOGUS, T.; SUTCLIFFE, K. M.; WEICK, K. E. Doing No Harm: Enabling, Enacting, and Elaborating a Culture of Safety in Health Care. **Academy of Management Perspectives**. Vol.24, p.60-77, 2010.

WALSHAM, G. Interpretive case studies in IS research: nature and method. **European Journal of Information Systems**. Vol. 4, n.2, p. 74 - 81, 1995.

_____. Doing interpretive research. **European Journal of Information Systems**. Vol.15, n.3, p.320-330, 2006.

WANG, C. L.; AHMED, P. K. Dynamic capabilities: A review and research agenda. **International Journal of Management Reviews**. v.9, n.1, p.31–51, 2007.

WEBER, L.; GRISCI, C.L.I. Trabalho, gestão e subjetividade: dilemas de chefias Intermediárias em contexto hospitalar. **Cadernos Ebape. BR**. Vol. 8, n. 1, artigo 4, Rio de Janeiro, Mar. 2010.

WEICK, K. E.; WESTLEY, F. Aprendizagem organizacional: confirmando um oximoro. In: CLEGG, S. R.; HARDY, C.; NORD, W. R. (Ed.). **Handbook de estudos organizacionais**. São Paulo: Atlas, 2004.

WENGER, E. **Communities of Practice: Learning Meaning and Identit.**, 6th ed. Cambridge: University Press, 1998.

WERNERFELT, B. A resource-based view of the firm. **Strategic Management Journal**. v.5, n.2, p. 171-180, Apr.jun., 1984

WHITTINGTON, R. The practice turn in organization research: Towards a disciplined Transdisciplinarity. **Accounting, Organizations and Society**. v. 36, n.3, p. 183–186. Apr., 2011.

WINTER, S. G. Understanding dynamic capabilities. **Strategic Management Journal**. v.24, n.10, p. 991-995, Oct., 2003.

WOCHER, J.C.; ROETHLER, C. Effects of International Accreditation on Patient Care in a Japanese Hospital: Nurses' Perspectives. **The Journal Of Japan Hospitals Association**. n.33, special feature, july, 2014

WOOD JR, T.; CSILLAG, P. Estética Organizacional. **Organizações e Sociedade**. Salvador, v. 8, n.21, maio/ago., 2001.

WOOTEN, L.P.; CRANE, P. Generating dynamic capabilities through a humanistic work ideology: The case of a certified-nurse midwife practice in a professional bureaucracy. **American Behavioral Scientist**. v.47, n.6, p.848-866, 2004.

WECKOWSKA, D. M. Learning in university technology transfer offices: transactions-focused and relations-focused approaches to commercialization of academic research. **Technovation**. 41-42 62–74, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). World Alliance for Patient Safety. **Summary of the evidence on patient safety: implications for research**. The Research Priority Setting Working Group of the World Alliance for Patient Safety. Geneva: World Health Organization, 2008.

_____. The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. **Final Technical Report and Technical Annexes**. v1. 2009. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/en/>. Acesso em 10 março 2016.

_____. **Health Systems report 2015**. Disponível em: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/nursing-and-midwifery/data-and-statistics>. Acesso em 21 dezembro 2015.

XAVIER, A.C.R., BATISTA, F. Um Novo Paradigma de Gestão ou Mais Um Programa de Qualidade? **Ipea-Texto para discussão nº487**. Brasília, jun., 1997.

YANOW, D. Translating Local Knowledge at Organizational Peripheries. **British Journal of Management**. Vol. 15, Issue S1, p. S9–S25, March 2004.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Tradução Ana Thorell; revisão Técnica Cláudio Damacena. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

ZAHRA, S. A.; SAPIENZA, H. J.; DAVIDSSON, P. Entrepreneurship and Dynamic Capabilities: A Review, Model and Research Agenda. **Journal of Management Studies**. v.43, n.4, p. 917-955, 2006.

ZAIDI, M.; OTHMAN, S. Understanding the Concept of Dynamic Capabilities by Dismantling Teece, Pisano, and Shuen (1997)'s Definition. **International Journal of Academic Research in Business & Social Sciences**. v. 2, n.8, p.367-378, Aug., 2012.

ZOLLO, M.; WINTER, S. G. Deliberate learning and the evolution of dynamic capabilities. **Organization Science**. v.13, n.3, p.339-351, 2002.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ENTREVISTA E GRUPO FOCAL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Convido o (a) Sr (a) a participar do estudo intitulado A CONTRIBUIÇÃO DA APRENDIZAGEM BASEADA EM PRÁTICAS PARA AS CAPACIDADES DINÂMICAS, realizado por Ane Isabel Linden, aluna do programa de pós-graduação em Administração – nível Doutorado da UNISINOS, tendo como orientadores os professores doutores Claudia Bitencourt e Vilmar Tondolo.

O objetivo é analisar como a aprendizagem baseada em práticas contribui para as capacidades dinâmicas do hospital, ou seja, para a renovação de suas competências e recursos e para o melhor enfrentamento e gestão dos riscos. Dentre os benefícios que podem advir desta pesquisa, considera-se relevante a possibilidade de evidenciar microprocessos cotidianos de aprendizagem que, em sendo reproduzidos e renovados, podem gerar melhorias incorporadas à rotinas organizacionais, e percebidas pelos clientes finais - os pacientes.

Sua participação é voluntária e se dará por meio da realização de uma entrevista com a pesquisadora, em horário a ser previamente agendado, conforme suas possibilidades, dentro de seu turno de trabalho ou, ainda, em um período que lhe seja mais favorável. Caso concorde, esta entrevista poderá ser gravada, sendo que os dados serão utilizados, exclusivamente, para fins deste estudo, sendo descartados ao final da conclusão do relatório de pesquisa.

Se depois de consentir em sua participação você desistir de continuar, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem prejuízo a sua pessoa.

Você, como convidado, não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Pelas características deste estudo, não são conhecidos riscos ou danos ao participante. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo, evitando possíveis desconfortos.

Para qualquer dúvida e esclarecimento poderá entrar em contato com a pesquisadora Ane Linden, pelo email linden@unisinobr ou pelo telefone (51) 33376390.

Este termo será assinado em duas vias, de igual teor, ficando uma via em poder do participante e outra com a pesquisadora.

Data __/__/____

Nome e assinatura do participante da pesquisa

Nome e assinatura da pesquisadora

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE (SHADOWING)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Convido o (a) Sr (a) a participar do estudo intitulado A CONTRIBUIÇÃO DA APRENDIZAGEM BASEADA EM PRÁTICAS PARA AS CAPACIDADES DINÂMICAS, realizado por Ane Isabel Linden, aluna do programa de pós-graduação em Administração – nível Doutorado da UNISINOS, tendo como orientadores os professores doutores Claudia Bitencourt e Vilmar Tondolo.

O objetivo é analisar como a aprendizagem baseada em práticas contribui para as capacidades dinâmicas do hospital, ou seja, para a renovação de suas competências e recursos e para o melhor enfrentamento e gestão dos riscos. Dentre os benefícios que podem advir desta pesquisa, considera-se relevante a possibilidade de evidenciar microprocessos cotidianos de aprendizagem que, em sendo reproduzidos e renovados, podem gerar melhorias incorporadas à rotinas organizacionais, e percebidas pelos clientes finais - os pacientes

Sua participação é voluntária e se dará por meio da realização de observação e acompanhamento, pela pesquisadora, de algumas de suas atividades cotidianas no trabalho, por um período previamente estabelecido e combinado, visando, especificamente, observar as oportunidades de aprendizagem e as interações e trocas de conhecimentos que ocorrem durante estas ocasiões. Conversas informais e entrevistas individuais com a pesquisadora também poderão ser usados como métodos para compreender como ocorrem as situações de aprendizagem na prática. Caso concorde, algumas entrevistas poderão ser gravadas, sendo que os dados serão utilizados, exclusivamente, para fins deste estudo, sendo descartados ao final da conclusão do relatório de pesquisa.

Se depois de consentir em sua participação você desistir de continuar, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem prejuízo a sua pessoa.

Você, como convidado, não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Pelas características deste estudo, não são conhecidos riscos ou danos ao participante. Os resultados da pesquisa serão analisados e

publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo, evitando possíveis desconfortos.

Para qualquer dúvida e esclarecimento poderá entrar em contato com a pesquisadora Ane Linden, pelo email linden@unisin.br ou pelo telefone (51) 33376390.

Este termo será assinado em duas vias, de igual teor, ficando uma via em poder do participante e outra com a pesquisadora.

Data __/__/____

Nome e assinatura do participante da pesquisa

Nome e assinatura da pesquisadora

APÊNDICE C - PROTOCOLO DE ESTUDO DE CASO

TÍTULO	A contribuição da ABP para as CD
OBJETIVOS DO ESTUDO	<i>Analisar as contribuições da ABP para o desenvolvimento e visibilidade das CD no contexto das organizações de saúde; Identificar e descrever os processos de aprendizagem que acontecem no desenvolvimento das práticas de trabalho; Identificar os microprocessos embricados nas atividades relativas a investigação de potenciais ameaças e oportunidades, relativos a mudanças e a transformação; Elencar os microprocessos mais significativos para o desenvolvimento das CD da organização</i>
COLETA DE DADOS	
PREPARAÇÃO – Contato inicial com o campo, elaboração e submissão do projeto ao Comitê de Ética em pesquisa.	
FASE EXPLORATÓRIA	1.OBJETIVO - conhecer os processos de ABP da organização e identificar os microprocessos ou práticas, a partir das percepções de vários atores, direta ou indiretamente envolvidos nas atividades cotidianas e analisar como as interações e as práticas são construídas na vida cotidiana em circunstâncias concretas do trabalho
	2. Escolher campo e obter dados da organização
	3. Obter identificação dos participantes (sexo, idade, função,...)
	4. Definir técnicas de coleta de dados: entrevista, <i>shadowing</i> , grupo focal, com uso de roteiros
	5. Coleta dos dados, em períodos previamente combinados e explicar dinâmica aos participantes
	6. Inserir no Nvivo® e codificar
	7. Sintetizar, validar
	8. Análise de conteúdo
FASE ANALÍTICA	1.OBJETIVO - sintetizar e também validar os principais achados, de forma a identificar os constructos essenciais, recebendo também o olhar da gestão intermediária
	2. Obter identificação dos participantes (sexo, idade, função,...)
	3. Definir técnicas de coleta de dados: entrevista, grupo focal, com uso de roteiros
	4. Coleta dos dados, em períodos previamente combinados e explicar a dinâmica aos participantes
	5. Sintetizar, validar
	6. Elaborar cartões de Análise conjunta
FASE DESCRITIVA	1.OBJETIVO - descrição do fenômeno dentro de um contexto realista, de modo a sobrepor as estratégias exploratória, analítica e descritiva
	2. Selecionar e obter identificação dos participantes (sexo, idade, função,...)
	3. Teste dos cartões de AC
	4. Aplicação da técnica de AC em períodos previamente combinados com participantes, explicando a dinâmica
	5. Análise dos dados
ELABORAÇÃO DO RELATÓRIO FINAL	

APÊNDICE D – ROTEIROS DAS QUESTÕES NORTEADORAS PARA COLETA DE DADOS

ROTEIRO PARA ENTREVISTAS E GRUPO FOCAL	
QUESTÕES	PROPÓSITO
<i>Como aprendeu suas funções ao ser admitido na organização?</i>	Conhecer o repertório de situações de aprendizagem baseada em práticas existentes na unidade
<i>O que facilita/impede a aprendizagem no cotidiano do trabalho?</i>	Conhecer a percepção de diferentes atores acerca das situações de aprendizagem baseada em práticas da unidade
<i>Quais as iniciativas da organização em termos de aprendizagem?</i>	Identificar as práticas e as experiências significativas do cotidiano
<i>Como realmente aprendem suas atividades? Tem tido experiências significativas em termos de aprendizagem?</i>	Identificar as iniciativas da organização em relação à aprendizagem
<i>Quais os problemas mais comuns enfrentados e como foram manejados no cotidiano? Que elementos implicam em possível problema ou risco ao paciente e equipe? Em relação às situações críticas e eventos adversos, como lida com os mesmos? Como a organização ensina? Como realmente aprende?</i>	Identificar os microprocessos de aprendizagem baseada em práticas embricados nas atividades relativas a investigação de potenciais ameaças e oportunidades (<i>sensing</i>)
<i>Você teve participação em alguma mudança ocorrida no seu ambiente de trabalho? Descreva sua participação. Já aproveitou alguma oportunidade que tenha surgido, com intuito de melhoria no trabalho</i>	Identificar os microprocessos de aprendizagem baseada em práticas embricados nas atividades relativas a apropriação das possibilidades de mudança (<i>seizing</i>)
<i>Nas suas atividades cotidianas, já apresentou alguma solução a um problema, ou propôs algum método de trabalho, uma atividade ou ideia inovadora acerca de suas funções ou mesmo em relação à unidade/organização?</i>	Identificar os microprocessos de aprendizagem baseada em práticas embricados nas atividades relativas apropriação das possibilidades de mudança (<i>seizing</i>) e remodelação e transformação de processos e recursos (<i>transforming/reconfiguring</i>)
<i>Você consegue pensar em alguma sugestão ou mudanças que contribuam para garantir maior segurança ao paciente e à equipe? O Hospital precisa ser transformado, renovado? Como?</i>	Identificar os microprocessos de aprendizagem baseada em práticas embricados nas atividades relativas apropriação das possibilidades de mudança (<i>seizing</i>) e remodelação e transformação de processos e recursos (<i>transforming/reconfiguring</i>)

ROTEIRO PARA SHADOWING	
OBJETIVOS	O QUE OBSERVAR
<p><i>Analisar as situações de aprendizagem baseada em práticas predominantes na unidade</i> <i>Identificar e descrever os processos de aprendizagem que ocorrem no desenvolvimento das práticas de trabalho</i> <i>Analisar as práticas no cotidiano de trabalho da equipe operacional de uma unidade cirúrgica;</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> -as principais práticas de trabalho; -a rotina de trabalho, os elementos usados (ferramentas e instrumentais) -os processos sociais – elementos interpessoais que mediam as situações de aprendizagem –a aprendizagem de novas atividades, novos processos de trabalho e/ou uso de novas ferramentas -reações e atitudes frente a conhecimentos/habilidades introduzidas por outros elementos da equipe
<p><i>Identificar os microprocessos de aprendizagem baseada em práticas embricados nas atividades relativas a investigação de potenciais ameaças e oportunidades (sensing), apropriação das possibilidades de mudança (seizing) e remodelação e transformação de processos e recursos (transforming/reconfiguring).</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> -as reações e as atividades realizadas quando do surgimento do inesperado, do risco, da turbulência -problemas comuns manejados no cotidiano -elementos que implicam em possível risco ao paciente/equipe -apresentação pela equipe de sugestões/propostas/ melhorias -introdução de elementos novos aos processos de trabalho -enfrentamento de situações de mudança

APÊNDICE E - SÍNTESE DOS ELEMENTOS ELENCADOS NA FASE EXPLORATORIA (MICROPROCESSOS)

Categoria	Nós	Síntese dos microprocessos
O sensing	Detectar problemas na infraestrutura e nos cenários de trabalho;	As práticas requerem infraestrutura adequada, com melhores e mais seguros equipamentos, espaços otimizados e um sistema informatizado disponível e amigável.
	Identificar falta de aderência às rotinas e aos protocolos seguros;	As rotinas são guias de ação para as práticas, mas por muitas vezes estão distantes da realidade e dos problemas do cotidiano, não contemplando os saberes e experiência da equipe. Ainda, muitos protocolos críticos não são seguidos, por falta de supervisão, o que impacta na segurança do paciente e na qualidade da assistência.
	Reconhecer os riscos da alta demanda de trabalho	As práticas são impactadas pela sobrecarga dos profissionais, oriunda de gargalos na demanda e má gestão de escalas de pessoal e de procedimentos, comprometendo segurança e qualidade.
O Seizing	Planejar, avaliar e participar da aquisição e manutenção de equipamentos;	Os profissionais, com seus saberes da prática, podem contribuir para planejar, avaliar e também participar da aquisição e manutenção de equipamentos, essenciais para o cuidado seguro e de qualidade.
	Aproveitar atividades geradoras de valor, relacionadas ao movimento da acreditação e ao controle de eventos adversos;	O processo de Acreditação agregou valor às práticas cotidianas dos profissionais e trouxe diversas melhorias: o sistema informatizado para colaborar na prevenção de eventos adversos, os treinamentos sobre metas internacionais, a observância às regras e protocolos. Entretanto, elas não foram sustentadas, e os profissionais não conhecem nem usam o sistema informatizado, que trouxe diversas inovações.
	Aprimorar habilidades de liderança e de supervisão das equipes.	As práticas são percebidas como fragmentadas, faltando maior trabalho em equipe e integração multiprofissional. As lideranças tem seu papel reconhecido, mas devem aprimorar a supervisão.
O Transforming	Redesenhar as atividades de educação continuada, considerando as necessidades do cotidiano e a participação das equipes;	Os saberes tácitos e embricados nas práticas cotidianas geram novas práticas, renovam processos de trabalho e apontam para elementos importantes no controle dos Eventos Adversos. A organização, entretanto, concentra esforços em treinamentos formais, muitas vezes sem alinhamento com o cotidiano.
	Integrar as equipes multidisciplinares, favorecendo a troca de conhecimentos e o trabalho em equipe.	As práticas sofrem impacto da falta de integração entre as equipes multidisciplinares, especialmente no que diz respeito a aprender juntos e compartilhar os saberes.
Aprendizagem baseada em práticas	Iniciativas de aprendizagem propostas pela organização	Predominam na organização atividades educativas de viés formal e por vezes desarticulado dos saberes das práticas.
	As práticas e como realmente aprendo na organização	As práticas são geradoras dos saberes, e a aprendizagem ocorre na textura de relações, na qual o papel dos funcionários mais experientes não pode ser subaproveitado. O empoderamento e a autonomia das equipes, especialmente em relação aos eventos adversos, são importantes para um cuidado com segurança.

	As práticas e como os novatos aprendem	Os programas formais de aprendizagem são comuns na introdução de novos profissionais, mas o aprender na prática, num contexto social, com supervisão de liderança e de colegas experientes, auxilia o novato a enfrentar as dificuldades do cotidiano e lidar com os eventos adversos.
	As práticas e como aprendo sobre os eventos adversos	As práticas são geradoras dos saberes também em relação aos eventos adversos, e são aspectos importantes nesta aprendizagem o trabalho em equipe, a comunicação eficiente, e o redesenho das rotinas.

APÊNDICE F – QUADRO SÍNTESE ELABORADO A PARTIR DA DISCUSSÃO NO GRUPO FOCAL E VALIDAÇÃO

ATRIBUTOS	PREVENÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS	QUALIDADE E SEGURANÇA NA ASSISTÊNCIA	APRENDIZAGEM
NÍVEIS	Investir no desenvolvimento de habilidades nas equipes assistenciais para identificar os EA	Investir nas melhorias originadas pela Acreditação	Investir em atividades de treinamento que contemplem maior integração das equipes multidisciplinares
	Investir no uso do sistema informatizado para notificação dos EA	Investir no planejamento compartilhado da aquisição de novos equipamentos e insumos	Investir em acompanhamento sistemático e maior orientação da liderança para com as equipes assistenciais
	Revisão e atualização das rotinas pelas equipes assistenciais	Investir na reorganização das escalas de pessoal e escalas cirúrgicas	Investir no redesenho das atividades de educação continuada, considerando as necessidades do cotidiano

APÊNDICE G – CARTÕES PARA ANÁLISE CONJUNTA

Nº	CARTÕES PARA ANÁLISE CONJUNTA – DO 1 AO 12
1	<p><i>Se eu fosse o responsável pela escolha dos investimentos no setor de serviços cirúrgicos do HCPA...</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Com relação à prevenção de eventos adversos, eu investiria prioritariamente no uso, por toda a equipe, do sistema informatizado para notificação de Eventos Adversos. ▶ Com relação à qualidade e segurança na assistência, eu investiria prioritariamente na reorganização das escalas de pessoal e das escalas cirúrgicas para otimização do tempo e melhor alocação de uso das salas. ▶ Com relação à aprendizagem e gestão do conhecimento, eu investiria prioritariamente nas atividades de treinamento que contemplem maior integração das equipes multidisciplinares.
2	<p><i>Se eu fosse o responsável pela escolha dos investimentos no setor de serviços cirúrgicos do HCPA...</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Com relação à prevenção de eventos adversos, eu investiria prioritariamente no desenvolvimento de habilidades nas equipes assistenciais para identificar eventos adversos. ▶ Com relação à qualidade e segurança na assistência, eu investiria prioritariamente na reorganização das escalas de pessoal e das escalas cirúrgicas para otimização do tempo e melhor alocação de uso das salas. ▶ Com relação à aprendizagem e gestão do conhecimento, eu investiria prioritariamente no redesenho das atividades de educação continuada, considerando as necessidades do cotidiano
3	<p><i>Se eu fosse o responsável pela escolha dos investimentos no setor de serviços cirúrgicos do HCPA...</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Com relação à prevenção de eventos adversos, eu investiria prioritariamente no desenvolvimento de habilidades nas equipes assistenciais para identificar eventos adversos. ▶ Com relação à qualidade e segurança na assistência, eu investiria prioritariamente nas melhorias originadas pela Acreditação. ▶ Com relação à aprendizagem e gestão do conhecimento, eu investiria prioritariamente nas atividades de treinamento que contemplem maior integração das equipes multidisciplinares.
4	<p><i>Se eu fosse o responsável pela escolha dos investimentos no setor de serviços cirúrgicos do HCPA...</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Com relação à prevenção de eventos adversos, eu investiria prioritariamente na revisão e atualização das rotinas pelas equipes assistenciais. ▶ Com relação à qualidade e segurança na assistência, eu investiria prioritariamente no planejamento compartilhado da aquisição de novos equipamentos e insumos. ▶ Com relação à aprendizagem e gestão do conhecimento, eu investiria prioritariamente nas atividades de treinamento que contemplem maior integração das equipes multidisciplinares.
5	<p><i>Se eu fosse o responsável pela escolha dos investimentos no setor de serviços cirúrgicos do HCPA...</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Com relação à prevenção de eventos adversos, eu investiria prioritariamente no uso, por toda a equipe, do sistema informatizado para notificação de Eventos Adversos. ▶ Com relação à qualidade e segurança na assistência, eu investiria prioritariamente nas melhorias originadas pela Acreditação. ▶ Com relação à aprendizagem e gestão do conhecimento, eu investiria prioritariamente em acompanhamento sistemático e maior orientação da liderança para com as equipes assistenciais.
6	<p><i>Se eu fosse o responsável pela escolha dos investimentos no setor de serviços cirúrgicos do HCPA...</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Com relação à prevenção de eventos adversos, eu investiria prioritariamente no desenvolvimento de habilidades nas equipes assistenciais para identificar eventos adversos; ▶ Com relação à qualidade e segurança na assistência, eu investiria prioritariamente no planejamento compartilhado da aquisição de novos equipamentos e insumos. ▶ Com relação à aprendizagem e gestão do conhecimento, eu investiria prioritariamente em acompanhamento sistemático e maior orientação da liderança para com as equipes assistenciais.
7	<p><i>Se eu fosse o responsável pela escolha dos investimentos no setor de serviços cirúrgicos do HCPA...</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Com relação à prevenção de eventos adversos, eu investiria prioritariamente na revisão e

	<p>atualização das rotinas pelas equipes assistenciais.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Com relação à qualidade e segurança na assistência, eu investiria prioritariamente na reorganização das escalas de pessoal e das escalas cirúrgicas para otimização do tempo e melhor alocação de uso das salas. ▶ Com relação à aprendizagem e gestão do conhecimento, eu investiria prioritariamente em acompanhamento sistemático e maior orientação da liderança para com as equipes assistenciais
8	<p><i>Se eu fosse o responsável pela escolha dos investimentos no setor de serviços cirúrgicos do HCPA...</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Com relação à prevenção de eventos adversos, eu investiria prioritariamente no uso, por toda a equipe, do sistema informatizado para notificação de Eventos Adversos. ▶ Com relação à qualidade e segurança na assistência, eu investiria prioritariamente no planejamento compartilhado da aquisição de novos equipamentos e insumos. ▶ Com relação à aprendizagem e gestão do conhecimento, eu investiria prioritariamente no redesenho das atividades de educação continuada, considerando as necessidades do cotidiano.
9	<p><i>Se eu fosse o responsável pela escolha dos investimentos no setor de serviços cirúrgicos do HCPA...</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Com relação à prevenção de eventos adversos, eu investiria prioritariamente na revisão e atualização das rotinas pelas equipes assistenciais. ▶ Com relação à qualidade e segurança na assistência, eu investiria prioritariamente nas melhorias originadas pela Acreditação. ▶ Com relação à aprendizagem e gestão do conhecimento, eu investiria prioritariamente no redesenho das atividades de educação continuada, considerando as necessidades do cotidiano.
10a	<p><i>Se eu fosse o responsável pela escolha dos investimentos no setor de serviços cirúrgicos do HCPA...</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Com relação à prevenção de eventos adversos, eu investiria prioritariamente na revisão e atualização das rotinas pelas equipes assistenciais. ▶ Com relação à qualidade e segurança na assistência, eu investiria prioritariamente nas melhorias originadas pela Acreditação. ▶ Com relação à aprendizagem e gestão do conhecimento, eu investiria prioritariamente em acompanhamento sistemático e maior orientação da liderança para com as equipes assistenciais.
11a	<p><i>Se eu fosse o responsável pela escolha dos investimentos no setor de serviços cirúrgicos do HCPA...</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Com relação à prevenção de eventos adversos, eu investiria prioritariamente no desenvolvimento de habilidades nas equipes assistenciais para identificar eventos adversos; ▶ Com relação à qualidade e segurança na assistência, eu investiria prioritariamente na reorganização das escalas de pessoal e das escalas cirúrgicas para otimização do tempo e melhor alocação de uso das salas. ▶ Com relação à aprendizagem e gestão do conhecimento, eu investiria prioritariamente nas atividades de treinamento que contemplem maior integração das equipes multidisciplinares
12a	<p><i>Se eu fosse o responsável pela escolha dos investimentos no setor de serviços cirúrgicos do HCPA...</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Com relação à prevenção de eventos adversos, eu investiria prioritariamente no uso, por toda a equipe, do sistema informatizado para notificação de Eventos Adversos. ▶ Com relação à qualidade e segurança na assistência, eu investiria prioritariamente nas melhorias originadas pela Acreditação. ▶ Com relação à aprendizagem e gestão do conhecimento, eu investiria prioritariamente no redesenho das atividades de educação continuada, considerando as necessidades do cotidiano.