

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA - UDESC
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E DA EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA
INFORMAÇÃO**

Marcelo Ladislau da Silva

**GESTÃO DO CONHECIMENTO EM UNIDADES
HOSPITALARES**

Dissertação apresentada para o Programa de Pós-graduação em Gestão da Informação, Mestrado Profissional em Gestão de Unidades de Informação, da Universidade do Estado de Santa Catarina.

Florianópolis, 2015

Marcelo Ladislau da Silva

GESTÃO DO CONHECIMENTO EM UNIDADES HOSPITALARES

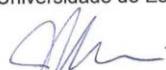
Dissertação julgada adequada para obtenção do Título de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Gestão da Informação da Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC.

Florianópolis, 22 de junho de 2015.

Banca Examinadora:

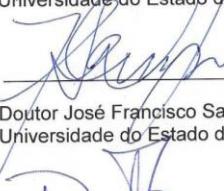
Orientador:

Doutor Júlio da Silva Dias
Universidade do Estado de Santa Catarina



Coorientador:

Doutor Jordan Paulesky Juliani
Universidade do Estado de Santa Catarina



Membro:

Doutor José Francisco Salm Junior
Universidade do Estado de Santa Catarina



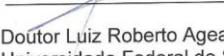
Membro:

Doutor Divino Ignácio Ribeiro Junior
Universidade Estadual de Santa Catarina



Membro:

Doutor Luiz Roberto Agea Cutulo
Universidade Federal de Santa Catarina



AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus pela oportunidade da vida.

Agradeço a minha esposa Andreza por ser uma companheira maravilhosa, que em muitos momentos me orientou e guiou com sua experiência para que eu alcançasse o melhor resultado. Igualmente agradeço a nosso filho Arthur, por entender e compreender quando nosso tempo junto foi dividido com os estudos. Vocês foram e são fundamentais para a conclusão desta etapa.

Agradeço a meu orientador, professor Júlio da Silva Dias, por ter acreditado em minha capacidade de desenvolver os estudos que o mestrado exige, e a meu coorientador, professor Jordan Paulesky Juliani, por aceitar me orientar e apoiar para a conclusão dos estudos.

Meus agradecimentos também à Udesc e especialmente ao Programa de Pós-graduação em Gestão da Informação (PPGINFO), por oportunizar a experiência de conhecer e ampliar meus conhecimentos pessoais e profissionais.

Agradeço, ainda, aos professores do programa, que, na troca de conhecimentos e ensinamentos, permitiram a visualização de novos horizontes.

Meus agradecimentos ao secretário do PPGINFO Holdrin Milet Brandão, por seu empenho em ajudar a esclarecer as dúvidas que surgiram durante o mestrado, e aos servidores da Biblioteca Central e do Cefid, por auxiliarem no desenvolvimento dos estudos.

Faço um agradecimento especial aos profissionais do Hospital Infantil Joana de Gusmão que participaram da pesquisa e assim permitiram o desenvolvimento deste trabalho.

Agradeço ao bibliotecário e colega de trabalho Luiz Carlos Peres, por me apoiar durante todo o trajeto deste estudo, desde a inscrição no mestrado até a defesa desta dissertação.

Aos colegas de mestrado, obrigado pelo convívio e pelos momentos de aprendizagem.

A meu sogro Tadeu e a minha sogra Vilsa, meus agradecimentos por estarem sempre presentes, em todos os momentos.

Agradeço a minha mãe Neuza (*in memoriam*), por sempre me incentivar a continuar os estudos.

Finalmente, obrigado a todos que, neste momento, fogem a minha lembrança, mas são igualmente importantes nesta caminhada.

Muito obrigado!

RESUMO

O conhecimento é um ativo fundamental para manter as organizações competitivas, portanto deve ser identificado e gerenciado. As unidades hospitalares, sejam elas públicas ou privadas, são organizações que têm suas ações baseadas no conhecimento. Estudos sobre gestão do conhecimento relatam como o ciclo acontece na prática em empresas e indústrias, porém há uma lacuna quanto à gestão do conhecimento como meio de aprimoramento das práticas clínicas em unidades hospitalares. Esta pesquisa de mestrado pretende contribuir para a redução dessa lacuna, por meio da proposição de um modelo de gestão do conhecimento para a melhoria da prática clínica. Em uma revisão da literatura, buscou-se levantar os principais elementos de processos para a construção de um modelo de gestão do conhecimento. Tais processos serviram de base para realização do estudo de caso, no qual foram entrevistados os membros da Equipe Multiprofissional de Atendimento ao Paciente Portador de Fibrose Cística do Hospital Infantil Joana de Gusmão, em Florianópolis, estado de Santa Catarina. Esta pesquisa possibilitou verificar a existência de um ciclo de uso do conhecimento na prática clínica da equipe e a identificação dos processos relevantes para a evolução dos procedimentos clínicos. Com base na análise dos resultados, foi elaborado um modelo de gestão do conhecimento que propicie melhorias no atendimento aos pacientes da unidade em estudo, e tal modelo é a principal contribuição desta pesquisa.

Palavras-chave: Gestão do conhecimento. Fibrose cística. Prática clínica.

ABSTRACT

DA SILVA, Marcelo Ladislau. **Knowledge management in hospital units.** 2015. Dissertation (Mestrado Profissional em Gestão de Unidades de Informação) - Universidade do Estado de Santa Catarina. Programa de Pós-graduação em Gestão da Informação.

Knowledge is a key asset to keep organizations competitive, therefore it should be identified and managed. Hospitals, whether public or private, are knowledge-based organizations. Knowledge management studies relate its cycle in business and industry, but there is a gap regarding the knowledge management in hospitals as a way to improve clinical practice. This thesis proposes a knowledge management model for the purpose of filling this gap in clinical practice. Research in literature brought the key process elements for the development of a knowledge management model. This research was the basis for a case study. Specialists of a cystic fibrosis multi-service team of Hospital Infantil Joana de Gusmão were interviewed. This hospital is located in Florianópolis city, Santa Catarina state, Brazil. Because of this study, it was possible to verify the existence of a knowledge cycle in clinical practice and to identify the most relevant processes. Based on results, it was designed a knowledge management model to improve clinical practice for the analysed team.

Keywords: Knowledge management. Cystic fibrosis. Clinical practice.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Espiral do conhecimento.....	33
Figura 2 – Ciclo dos processos de GC identificados na UH em estudo.....	78
Figura 3 – Identificação do conhecimento na UH em estudo.....	79
Figura 4 – Aquisição do conhecimento na UH em estudo.....	81
Figura 5 – Desenvolvimento do conhecimento na UH em estudo.....	83
Figura 6 – Utilização do conhecimento na UH em estudo.....	84
Figura 7 – Compartilhamento do conhecimento na UH em estudo.....	85
Figura 8 – Retenção do conhecimento na UH em estudo.....	87
Figura 9 – Processo de identificação do conhecimento para UH.....	88
Figura 10 – Processo de aquisição do conhecimento para UH.....	90
Figura 11 – Processo de desenvolvimento do conhecimento para UH.....	93
Figura 12 – Processo de utilização do conhecimento para UH.....	96
Figura 13 – Processo de compartilhamento do conhecimento para UH.....	98
Figura 14 – Processo de retenção do conhecimento para UH.....	100

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Conhecimento tácito e explícito: características.....	30
Quadro 2 – Gestão do conhecimento: definições....	35
Quadro 3 – Processos essenciais da gestão do conhecimento: síntese.....	40
Quadro 4 – Processos de gestão do conhecimento: recorrência.....	42
Quadro 5 – Processos de gestão do conhecimento em UHs.....	49
Quadro 6 – Implantação da gestão do conhecimento no setor público: barreiras e dimensões.....	51
Quadro 7 – Práticas relacionadas aos processos de GC.....	55
Quadro 8 – Etapas de GC na prática segundo a equipe da UH em estudo.....	73

LISTA DE SIGLAS

APO	<i>Asian Productivity Organization</i>
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
EMAPFC	Equipe Multiprofissional de Atendimento ao Paciente Portador de Fibrose Cística
GC	Gestão do Conhecimento
HIJG	Hospital Infantil Joana de Gusmão
IC	Ideia Central
ICH	Ideia-Chave
PPGINFO	Programa de Pós-graduação em Gestão da Informação
SC	Santa Catarina
UH	Unidade Hospitalar
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	19
1.1 OBJETIVO.....	21
1.1.1 Objetivo geral	21
1.1.2 Objetivos específicos	21
1.2 JUSTIFICATIVA	22
1.3 ESTRUTURA DO TRABALHO.....	24
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	27
2.1 CONHECIMENTO.....	27
2.1.1 Tipos de conhecimento	29
2.2 GESTÃO DO CONHECIMENTO.....	31
2.2.1 Processos construtivos da gestão do conhecimento.....	39
2.2.2 Gestão do conhecimento na área da saúde: estudos práticos	46
2.2.3 Elementos que inibem a gestão do conhecimento	50
2.2.4 Elementos facilitadores da gestão do conhecimento	53
3 METODOLOGIA	59
3.1 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	60
3.2 CENÁRIO DE ESTUDO	64
4 MODELO DE GESTÃO DO CONHECIMENTO ORIENTADO À UNIDADE HOSPITALAR	65
4.1 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	65
4.2 MODELO DE GESTÃO DO CONHECIMENTO PARA A UNIDADE HOSPITALAR	77
5 CONCLUSÕES	103
5.1 CONSIDERAÇÕES FINAIS	103
5.2 TRABALHOS FUTUROS	104
REFERÊNCIAS	107
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e esclarecido.....	121

APÊNDICE B - Roteiro de entrevista.....	123
ANEXO A - Cadastro da pesquisa na Plataforma Brasil.....	127

1 INTRODUÇÃO

No contexto atual da sociedade, o conhecimento destaca-se como fator produtivo de competitividade. Nesse sentido, práticas de Gestão do Conhecimento (GC) vêm sendo implementadas em organizações públicas e privadas, com o intuito de propiciar melhorias na qualidade dos produtos e serviços prestados bem como tornar mais eficientes e eficazes os processos e serviços dependentes do conhecimento existente nesses locais. Para tanto, segundo Davila et al. (2015), para que a GC seja incorporada, ela deve primeiramente ser reconhecida como estratégia de negócio, de modo a envolver todos os indivíduos da organização. Considera-se que processos e iniciativas de GC têm gerado ações e debates crescentes, em vários países, contribuindo com melhorias em diferentes dimensões, como: cultura, estratégia, estrutura e tecnologia (ROY; MOSCONLY, 2013).

Esse momento introduziu novas expressões no dia a dia organizacional. É possível ver o uso de locuções adjetivas como “era da informação”, “era do conhecimento” ou “era da comunicação”.

O objetivo maior desse período, seja qual for a denominação, está em potencializar a construção de novos conhecimentos. O conhecimento assume papel de destaque na sociedade atual que impacta diretamente no desenvolvimento individual e organizacional. Na sociedade do conhecimento, para as organizações sobreviverem e competirem, faz-se necessário um sistema de GC (PROBST; RAUB; ROMHARDT, 2002).

Na área da saúde, não é diferente. A crescente quantidade de conhecimento gerado nas relações de troca entre a equipe multidisciplinar, formada por médicos, enfermeiros e outros profissionais que atuam

na assistência ao paciente, traz às organizações de saúde recursos que podem ser armazenados e recuperados para sustentar e manter a eficácia da instituição (NAVARRO; CARRIÓN, 2010).

De acordo com Liu et al. (2012), cada vez mais as organizações de saúde buscam promover a GC de modo a utilizar de forma eficaz o conhecimento necessário para melhor atender o paciente. Pacheco (2005) aponta que a GC na área da saúde possibilita o desenvolvimento dos conceitos relacionados à evolução da tecnologia na saúde, da medicina baseada em evidências científicas, da gestão clínica, da economia da saúde e da investigação dos serviços sanitários. Assim, pondera-se que práticas de GC contribuem para a prestação de serviços de saúde com mais qualidade e na quantidade necessária à demanda da sociedade.

Organizações do conhecimento, especialmente as públicas, em escala global carecem de soluções do conhecimento. Myllämiemi et al. (2012) reconhecem, em seus estudos, que práticas e fluxos de conhecimento existem em vasta quantidade nas organizações da saúde, mas estas carecem de meios para analisar, processar e gerir o conhecimento. Estudos sobre a GC em Unidades Hospitalares (UHs) podem ser considerados incipientes e, quando se faz uma leitura do cenário brasileiro com base na literatura, percebe-se que ainda são escassos como destacam Sumet et al. (2012) e Borba e Kliemann Neto (2008). Para os autores são poucas as pesquisas sobre GC realizadas com foco na melhoria da qualidade dos serviços prestados na área da saúde; as pesquisas feitas geralmente estão relacionadas à redução de custo. Portanto, infere-se a necessidade de se buscar respostas nas diferentes áreas de atuação, principalmente nas relacionadas às necessidades básicas, como saúde e educação. Para

isso, também foi levado em consideração o fato de que, segundo Batista (2012), a Administração Pública deve criar possibilidades de aumento da efetividade da prestação de seus serviços para a sociedade a que serve.

Considerando que as organizações hospitalares são complexas e necessitam acompanhar constantemente as tecnologias, os processos e a qualidade dos serviços prestados pelo seu corpo clínico e administrativo, pretende-se, com esta pesquisa, contribuir para a melhoria de serviços e processos em uma Unidade Hospitalar (UH) com a resposta à problemática da pesquisa: **Como implementar um modelo de gestão do conhecimento para apoiar a prática clínica em uma UH pediátrica especializada em fibrose cística?**

1.1 OBJETIVO

Para atender ao problema da pesquisa, definem-se, neste item, o objetivo geral e os objetivos específicos necessários.

1.1.1 Objetivo geral

Propor um modelo de gestão do conhecimento para apoiar a prática clínica em uma UH pediátrica especializada em fibrose cística.

1.1.2 Objetivos específicos

- Compreender os modelos de processos de GC existentes.
- Identificar os processos de GC relacionados às práticas clínicas na UH em estudo.

- Compor um modelo de processos de GC adequado para o apoio às práticas clínicas na UH em estudo.
- Descrever os processos do modelo de GC proposto.

1.2 JUSTIFICATIVA

Dada a relevância do conhecimento como recurso de valor nas organizações nos dias atuais e na prática dos serviços clínicos na área da saúde, surge a necessidade desta pesquisa, com o intuito de desenvolver um modelo de GC no âmbito de uma UH, para potencializar as práticas clínicas desenvolvidas.

Navarro e Carrión (2010) corroboram essa ideia apontando que, quando se lida com o conhecimento na área da saúde, o maior desafio não é sua criação, pois esta ocorre espontaneamente através da prática médica, mas sim sua gestão, visto que muito do valioso conhecimento que é criado não é organizado. Esse fato faz com que o conhecimento se torne inacessível e, assim, não são atingidas as melhorias no atendimento, na qualidade dos serviços e na redução dos custos, metas com implicações significativas para uma UH.

Porter (2007) cita que, para melhorias contínuas na prestação de serviços de saúde, deve-se ter o desenvolvimento formal e contínuo do conhecimento e o trabalho em conjunto, na forma de parcerias entre especialistas. Essas ações, segundo o autor, contribuem para a aprendizagem através de práticas de GC. Navarro e Carrión (2010) mencionam que os profissionais da área da saúde têm percebido que a GC também está relacionada à redução da taxa de erros médicos e à melhoria no atendimento clínico ao paciente. Para isso, considera-se relevante a construção de um ciclo de

aprendizado que se inicie com a aprendizagem individual e vá até sua consolidação e disseminação para o grupo, conforme apontam Borba e Kliemann Neto (2008).

Assim, a relevância de práticas de GC no setor de saúde está no aumento dos benefícios à população atendida por meio de melhores práticas clínicas. Para Borba e Kliemann Neto (2010) e Gonçalo e Borges (2010), a maior parte das pesquisas na área centra-se na redução de custos, não estando orientada à agregação de valor à prática clínica. Contudo, considera-se necessário realizar práticas clínicas que agreguem valor ao paciente – cliente da UH –, o que, por sua vez, contribuirá para a redução de custo. Dessa forma, todos saem ganhando: o hospital libera leitos para novos pacientes, a fonte pagadora diminui o gasto com o paciente e este recebe um atendimento efetivo (GONÇALO; BORGES, 2010).

Portanto, o conhecimento passa a ser um dos maiores ativos da instituição incorporado à prática médica. Justifica-se, assim, a realização desta pesquisa: seu objeto de estudo é a gestão do conhecimento em uma UH, de forma que a GC dê suporte às atividades dos profissionais envolvidos nos processos de cuidado ao paciente, em busca de melhores práticas para o atendimento. Devido à sua complexidade, considera-se que uma UH precisa ter o conhecimento como elemento diferencial para resolver problemas complexos intensivos em conhecimento.

Sumet et al. (2012) corroboram essa preocupação ao apontarem que pouco se tem pesquisado sobre a GC com foco na melhoria da qualidade do serviço oferecido nas organizações da área da saúde, apesar de se considerar que o uso de práticas de GC é um elemento-chave para o aprimoramento da qualidade em muitas instituições. Embora essa proposição se refira a

pesquisas realizadas em outros países sobre o tema “GC na área da saúde”, Borba e Kliemann Neto (2008) relatam que, no Brasil, mesmo com a mudança observada nas últimas décadas quanto à gestão de UHs, ainda são poucos os estudos sobre práticas que facilitem a construção e a disseminação do conhecimento.

Com base nessas constatações, justificam-se, então, a importância, a originalidade e o ineditismo desta pesquisa, que diz respeito à contribuição que se pretende oferecer aos especialistas de uma UH, definida neste estudo, na área de saúde pública, no estado de Santa Catarina. Tal contribuição objetiva aprimorar a atuação profissional desses especialistas bem como de pesquisadores da área médica, visto que a GC permite a melhoria da prática clínica, gerando maior satisfação do paciente.

1.3 ESTRUTURA DO TRABALHO

Para atender ao objetivo proposto nesta dissertação, organizou-se a pesquisa em cinco capítulos.

Neste primeiro capítulo, introdutório, apresentam-se a temática e a problemática de estudo. Descrevem-se também os objetivos geral e específicos da pesquisa bem como a sua justificativa.

No segundo capítulo, intitulado "Fundamentação teórica", apresenta-se a discussão teórica que sustenta a proposta de um modelo de GC para a UH estudada.

No terceiro capítulo, discorre-se sobre a metodologia adotada para realizar o estudo, sob a perspectiva da GC em uma UH pública.

No quarto capítulo, apresentam-se os dados e os resultados da pesquisa seguidos de uma análise qualitativa. Essa análise contribui para a elaboração do

quinto capítulo, no qual são feitas as considerações finais.

Complementa este trabalho a lista de referências utilizadas como base para o estudo e a discussão científica, bem como os apêndices e o anexo.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Este capítulo comprehende os pressupostos teóricos desta dissertação, que tem como base teórica a definição do conhecimento, tipos de conhecimento e gestão do conhecimento.

2.1 CONHECIMENTO

Diferentemente da informação, o conhecimento diz respeito a crenças e valores. Enquanto a informação é meramente uma matéria-prima, estruturada em dados e números, de aplicabilidade não provada, o conhecimento representa o propósito de uso da informação por meio de relações referentes a situações específicas (ARMOOGUM; BUCHGEISTER, 2010; LIU et al., 2012).

Para Macedo et al. (2010, p. 40), o conhecimento é:

[...] o conjunto completo de informações, dados, relações que levam as pessoas a tomar decisões, a desempenhar atividades e a criar novas informações ou conhecimentos.

Mattera (2014) e Probst, Raub e Romhardt (2002) complementam apontando o conhecimento como resultante de um processo individual, cognitivo e subjetivo da pessoa com base em informações e experiências utilizadas para resolver determinados problemas. Fazem parte desse conjunto: teorias e práticas, regras e instruções de como agir.

Assim, o conhecimento é constituído por uma mescla entre informações adquiridas, crenças individuais existentes e experiências vivenciadas, formando algo

único (pessoal) que é passível de ser transmitido a outros por meio de artefatos digitais ou analógicos ou que pode ainda ser constatado pela observação. A informação se torna conhecimento quando é aplicada a um contexto. O conhecimento se constitui do significado e valor que agrega para uma pessoa, podendo ser subjetivo, ilimitado e estando constantemente em construção.

Davenport e Prusak (1998) conceituam conhecimento como sendo uma mistura fluida de experiências, valores, informação contextual e *insight*, proporcionando uma estrutura para avaliação e incorporação de novas experiências e informações. Para os autores, o conhecimento tem origem na mente dos indivíduos como ser cognoscente, alguém que pensa que constrói conhecimento. Quando se trata de conhecimento organizacional, geralmente este é registrado em documentos e repositórios, como também em rotinas, processos e normas organizacionais. Para Genecco Junior et al. (2010, p. 56), “o conhecimento é o único recurso que aumenta com a utilização” e que contribui para a obtenção de vantagens competitivas individuais dos que fazem uso dele, promovendo o crescimento da empresa (NONAKA; TAKEUCHI, 2008).

O conhecimento é atualmente um grande diferencial competitivo nos países e se consolida como fator-chave para que as organizações sobrevivam e se mantenham competitivas, portanto precisa ser identificado e gerenciado (HERRERA, 2008; GNECCO JUNIOR et. al., 2010; DAVILA et al., 2015). Assim, a complexidade no entendimento do que seja dado, informação e conhecimento pode ser justificada por envolver certo grau de subjetividade. Ou seja, o dado é um elemento solto que serve de base para a construção

de uma informação e esta é a base para a construção do conhecimento.

2.1.1 Tipos de conhecimento

De acordo com Nonaka e Takeuchi (1997), o conhecimento ocorre em três níveis: do indivíduo, do grupo e da organização. O conhecimento pode ainda ser classificado de duas formas segundo a teoria de criação do conhecimento proposta pelos autores: conhecimento tácito e conhecimento explícito.

O primeiro, tácito, é difícil de ser externalizado ou disseminado, pois se refere ao conhecimento pessoal do indivíduo; muitas vezes é difícil de ser formalizado. Fica registrado geralmente na cabeça da pessoa, com base em suas ações e sua experiência. Já o segundo, explícito, é expresso em palavras, números ou sons e compartilhado por meio de dados, fórmulas, recursos visuais, produtos e manuais (NONAKA; TAKEUCHI, 2008).

Segundo Von Krog, Ichijo e Nonaka (2001), o conhecimento explícito é o que se articula em linguagem formal, é sistematizado e comunicado, através de livro-texto, por exemplo. Também pode ser expresso formalmente com a utilização de um sistema de símbolos e ser facilmente comunicado ou difundido em formato digital ou analógico de modo que esteja disponível aos interessados (NONAKA; TAKEUCHI, 1997; CHOO, 2003; TEIXEIRA FILHO, 2000).

O conhecimento tácito, por sua vez, é difícil de ser articulado em linguagem formal. É pessoal; está incorporado à experiência do indivíduo, articulado por suas crenças, seus valores, suas perspectivas, suas competências, suas habilidades e suas emoções. Takeuchi e Nonaka (2008) afirmam que esse tipo de

conhecimento não é de fácil explicação e visibilidade; pelo contrário, é pessoal, difícil de formalizar e transpassar. Palpites e intuições compõem o conhecimento tácito, e ele está profundamente enraizado e envolvido nas ações e experiências corporais do indivíduo, bem como nos seus sentidos e valores incorporados.

Com base nessa discussão, elaborou-se o quadro 1, para uma melhor compreensão.

Quadro 1 - Conhecimento tácito e explícito: características

Conhecimento tácito	Conhecimento explícito
Difícil codificação.	Codificável.
Acesso restrito.	Acesso facilitado.
Difícil de ser compartilhado.	Fácil de ser compartilhado.
Relacionado ao contexto prático do indivíduo.	Baseado na racionalidade.
Aprendizado baseado na ação.	Aprendizado adquirido por meio de uma estruturação formal e sistemática - estudo formal.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2015.

Nas organizações, os ativos de conhecimento podem ainda ser classificados como conhecimento individual (quando intimamente ligado ao indivíduo que o detém) ou conhecimento coletivo (não redutível ao indivíduo) (PROBST; RAUB; ROMHARDT, 2002).

Nonaka e Peltokorpi (2006) apontam que a criação de conhecimento se inicia tanto nos indivíduos, capazes de adquirir e processar o conhecimento tácito, quanto na interação com o ambiente e a organização, e ambos os meios geram o conhecimento organizacional.

Alvarenga Neto (2005), diz que o conhecimento pode ser compartilhado ou transferido em um ambiente organizacional que estimule esse comportamento, por

meio da interação e valorização do conhecimento individual dos integrantes da empresa.

Para Nonaka e Takeuchi (1997), o conhecimento organizacional é a capacidade de criação e disseminação de conhecimento no âmbito organizacional, para incorporá-lo a produtos, serviços e sistemas de modo a se obter vantagem competitiva sustentável (SHINYASHIKI; TREVIZAN; MENDES, 2003).

Contudo, Davenport (2004) alerta para o fato de que, independentemente do tipo de conhecimento, este só terá valor se aplicado à tomada de decisões. Cavalcanti (2011) corrobora ao descrever que o conhecimento está associado à criação, construção, manutenção e mudança que as pessoas fazem no ambiente em que atuam.

Portanto, para identificar, utilizar e armazenar os ativos de conhecimento existentes em uma organização, é preciso fazer a sua gestão por meio de técnicas e processos que contemplam o ciclo de vida do conhecimento. Segundo Probst, Raub e Romhardt (2002) na sociedade do conhecimento para as organizações sobreviverem e competirem faz-se necessário um sistema de GC. Neste sentido, no item a seguir, discute-se a gestão do conhecimento, seus processos, facilitadores e limitadores, além de se apresentar o tema à luz das práticas da área da saúde.

2.2 GESTÃO DO CONHECIMENTO

O conceito de gestão do conhecimento não é novo. Ponchirolli e Fialho (2005) relatam que a GC ainda se encontra em desenvolvimento nos dias atuais, embora tenha surgido no início da década de 1990, quando passou a fazer parte da estratégia empresarial e

a ser entendida como fator gerador de valor para a organização. Para Bem, Prado e Delfino (2013) vivemos na economia do conhecimento e por isso este assume papel estratégico central para o desenvolvimento da competitividade nas organizações, sejam públicas ou privadas. Na administração pública ela deve estar atrelada a princípios básicos do serviço público, como: eficiência, qualidade, efetividades social bem como princípios constitucionais da legalidade, imensoalidade, moralidade, publicidade e eficiência (BATISTA, 2012).

Diferentes definições de GC são propostas na literatura, e diversas discussões têm por base as sucessivas passagens do conhecimento tácito para o conhecimento explícito e vice-versa, na chamada espiral do conhecimento, proposta por Nonaka e Takeuchi (1997). Para os autores, a GC é a atividade de divulgar e explicitar os saberes implícitos nas práticas individuais e coletivas das organizações, em um movimento espiralado que promove a construção de novos conhecimentos, indo de níveis inferiores para níveis superiores.

Figura 1 - Espiral do conhecimento



Fonte: Nonaka e Takeuchi, 1997, p. 80.

Na primeira etapa, a conversão do conhecimento de tácito para tácito é denominada **socialização** e consiste no compartilhamento de experiências, as quais não precisam ser verbalizadas, podem apenas ser observadas e imitadas. A segunda etapa, processo de **externalização**, torna explícito o conhecimento tácito, através de metáforas, analogias, conceitos, hipóteses ou modelos. Na terceira etapa, **combinação**, é o momento em que um conhecimento já explícito é partilhado também de forma explícita através de documentos, reuniões e redes de comunicação. Na quarta etapa, tem-se o último modo de conversão, denominado **internalização**, que consiste no processo de incorporação do conhecimento explícito ao conhecimento tácito; é o “aprender fazendo”.

Para que esse ciclo aconteça, são necessárias a verbalização e a modelagem do conhecimento sob a forma de documentos, manuais, histórias, metáforas (NONAKA; TAKEUCHI, 1997). Para os autores, a GC

está relacionada à conversão do conhecimento explícito em tácito, e esse processo de conversão se constitui em quatro momentos, conforme a figura anterior: socialização, externalização, combinação e internalização.

Castro (2002) salienta que a GC influencia na competitividade das organizações, pois viabiliza e torna executáveis os princípios de gestão que têm como finalidade atingir a excelência e a busca contínua por melhorias. A GC envolve gestão de pessoas, portanto pode-se afirmar que o conhecimento é encontrado também nas interações que existem entre os indivíduos, os grupos e a organização (DALKIR, 2005).

Figueiredo (2005) destaca a GC como uma ferramenta competitiva. O autor reforça ainda que a GC se dá através de uma abordagem humana resultante de posturas gerenciais. Essa definição deixa clara a importância das pessoas aliada às práticas da gestão em uma sociedade baseada no conhecimento. Considera-se que a integração da GC com as estratégias organizacionais e a valorização do fator humano contribuem para que a organização possa atingir seu objetivo.

De acordo com Valentim (2008), a GC pode ser interpretada como o conjunto de atividades estruturadas para desenvolver a cultura organizacional e a comunicação entre os atores presentes, visando propiciar a criação, a aquisição, o compartilhamento e a utilização do conhecimento, bem como mapear os fluxos informais para a formalização, com o intuito de converter o conhecimento individual (tácito) em explícito, contribuindo para a resolução de problemas e a geração de novas ideias.

No quadro 2, pode-se ver um resumo das definições de GC.

Quadro 2 - Gestão do conhecimento: definições

Definições de gestão do conhecimento	Autores
Gerenciamento formal do conhecimento para facilitar a criação, o acesso e a reutilização do conhecimento, geralmente com a utilização de tecnologia da informação.	(O'LEARY, 1998, p. 34).
Processo de criar, capturar e utilizar conhecimento para aumentar o desempenho organizacional.	(BASSI, 1999, p. 424).
Habilidade das organizações em gerenciar, armazenar, agregar valor e distribuir conhecimento.	(LIEBOWITZ; WILCOX, 1997).
Conjunto de processos dirigidos a criação, captura, armazenamento, compartilhamento do conhecimento.	(WIIG, 1997 apud SUN; HAO, 2006).
Processo sistêmico e organizacional para adquirir, organizar e comunicar o conhecimento dos colaboradores para que outros possam fazer uso dele.	(DAVENPORT et al., 1998 apud SUN; HAO, 2006).
Criação de processos de gestão e infraestrutura para reunir conhecimentos e comunidades em uma ecologia comum que irá sustentar a criação, a utilização e a retenção do conhecimento.	(SUN; HAO, 2006).
Desenvolvimento e gestão de sistemas de conhecimento bem configurados e integrados com a incorporação de sistemas de trabalho.	(BARTH, 2000 apud SUN; HAO, 2006).
Conjunto de processos sistematizados, articulados e intencionais, capazes de incrementar a habilidade dos gestores públicos em criar, coletar, organizar, transferir e compartilhar informações e conhecimentos estratégicos que podem servir para a tomada de decisões.	(COMITÊ EXECUTIVO DO GOVERNO ELETRÔNICO apud BATISTA et al., 2005).

Processo através do qual as empresas criam e usam seu conhecimento institucional e coletivo.	(MSARV, 1999 apud KEMP et al., 2000).
Concentra-se em facilitar e gerenciar as atividades relacionadas com o conhecimento, tais como a criação, captura, transformação e uso.	(WIIG, 1997A).
Significa organizar as principais políticas, processos e ferramentas gerenciais e tecnológicos à luz de uma melhor compreensão dos processos de geração, identificação, validação, disseminação, compartilhamento, proteção e uso do conhecimento.	(TERRA, 2005 apud SOUTO, 2014).
É um processo de criação, aprendizagem e coordenação sistêmica de esforços nas dimensões estratégicas e operacionais visando ao desenvolvimento e à estabilidade das estruturas.	(SOUTO, 2014)
Soma de tudo o que as pessoas da empresa sabem, o que dá uma vantagem competitiva no mercado.	(STEWART, 1991 apud GOMES, 2002).
Gestão intencional e sistemática de conhecimento, que associados a processos e ferramentas, tem o objetivo de potencializar tomadas de decisão.	(KEBEDE, 2010 apud MATTERA, 2014).
Forma como as organizações criam, mantêm e compartilham conhecimentos.	(ARGOTE, 1999; HUBER, 1991 apud CUMMINGS, 2003).

Fonte: Elaborado a partir de Steil, 2007 e Souto, 2014.

A gestão do conhecimento, segundo Mattera (2014) oferece à organização um conjunto de práticas, metodologias e ferramentas para o aperfeiçoamento de sua gestão visando à excelência por meio da aplicação efetiva dos conhecimento organizacional o que contribui para a melhoria continua e a inovação de diferentes

processos, como visto no quadro, por exemplo: aquisição, criação, armazenamento, compartilhamento, utilização e reutilização do conhecimento em uma organização.

Para Ponchirolli e Fialho (2005, p. 130), GC implica:

[...] maximizar e alavancar o potencial das pessoas. É a estratégia que converte os bens intelectuais das organizações – tanto informações quanto talentos dos membros – em maior produtividade, novo valor e aumento da competitividade.

Probst, Raub e Romhardt (2002, p. 30) complementam afirmando que “a gestão do conhecimento consiste em um conjunto integrado de intervenções que aproveitam as oportunidades para dar forma à base de conhecimento”. Para os autores, a GC pode ser aplicada em nível individual, grupal ou organizacional. Rowley (2007), ao trabalhar GC, apresenta uma cadeia de valor do conhecimento que consiste em quatro elementos essenciais.

- **Dados:** base para a informação. Aquilo que pode ser captado pelos órgãos dos sentidos humanos. Não tem valor agregado e de forma isolada é pouco significante.
- **Informação:** base para o conhecimento. Agrega valor aos dados através da contextualização.
- **Conhecimento:** processo cognitivo que mistura experiência, valor, verdade e discernimento.
- **Competência:** capacidade de inovar, conhecimento internalizado.

No setor público, a GC tem ainda outras especificidades, como destaca Batista (2012, p. 49). Para o autor, a GC consiste em:

[...] um método integrado de criar, compartilhar e aplicar o conhecimento para aumentar a eficiência; melhorar a qualidade e a efetividade social; e contribuir para a legalidade, imparcialidade, moralidade e publicidade na administração pública e para o desenvolvimento brasileiro.

Para Mekhilef, Kelleher e Olesen (2003), a GC implica a gestão de atividades e processos para o aumento da competitividade por meio de um melhor uso e da criação de recursos de conhecimento individual ou coletivo.

A *Asian Productivity Organization* (APO) destaca que o ponto de partida da GC é entender a visão, a missão, a direção e os objetivos da organização com base nos elementos: pessoas (liderança), processos e tecnologia. Essa compreensão permite uma implementação de GC bem-sucedida (YOUNG, 2010).

Considerando-se que o objetivo desta dissertação de mestrado é propor um modelo de GC para uma UH, torna-se relevante destacar que o processo de GC são práticas de utilização do conhecimento na gestão, na implementação e na melhoria dos processos de trabalho (YOUNG, 2010). Assim, a GC implica um conjunto de processos do conhecimento, por meio de pessoas e tecnologias. A seguir, são discutidos os processos construtivos da GC.

2.2.1 Processos construtivos da gestão do conhecimento

Marr et al. (2003) apontam que a gestão do conhecimento é uma expressão coletiva de processos e práticas utilizados pelas organizações para aumentar o seu valor, melhorando a eficácia da geração e aplicação do seu capital intelectual. Desse modo, segundo os autores, os processos de GC não devem ser observados de maneira uniforme como processos físicos, pois aqueles se diferem destes de acordo com o meio de criação e sua usabilidade. Logo, as empresas precisam investir em GC para ter eficácia, vantagem de eficiência sobre os seus concorrentes de modo a destacar-se na sua área de atuação.

Probst, Raub e Romhardt (2002) destacam que a GC eficaz necessita garantir a transparência interna e externa do conhecimento a fim de auxiliar os colaboradores na localização do que precisam para suprir suas necessidades. Para os autores, a GC tem como função principal auxiliar os gestores a visualizarem o conhecimento como recurso, com base em seis processos fundamentais (identificação, aquisição, desenvolvimento, compartilhamento, utilização e retenção) além de dois elementos complementares (metas e avaliação do conhecimento).

Batista (2012), ao discutir GC no âmbito da Administração Pública, apresenta um modelo híbrido com cinco processos essenciais: identificação, criação, armazenamento, compartilhamento e aplicação do conhecimento.

De forma geral, a GC envolve um conjunto de processos com o intuito de agregar valor à gestão de uma empresa por meio da ampliação do conhecimento existente. Para a APO, com base no trabalho

colaborativo entre diferentes países, são cinco os processos de GC, a saber: identificação, criação, armazenamento, compartilhamento e utilização do conhecimento (YOUNG, 2010).

Para Steil (2007), a GC pode ser definida como fonte de agregação de valor e vantagem competitiva em uma organização. A GC está concretizada em sete subsistemas de valoração dos processos: criação, compartilhamento, comunicação, armazenamento, aquisição, utilização e reutilização do conhecimento. A GC ainda pode ser entendida como um processo de captura, estruturação, gerenciamento e disseminação do conhecimento que deve permear a organização, com o objetivo de aprimorar as atividades desenvolvidas, adicionando valor, disseminando boas práticas, contribuindo para a redução de custos e para a inovação (DALKIR, 2005).

Percebe-se que vários são os processos para a GC. No intuito de melhor visualizá-los, considerando os diferentes modelos de GC apresentados nesta dissertação, organizou-se o quadro 3.

Quadro 3 - Processos essenciais da gestão do conhecimento: síntese

Autores	Processos de gestão do conhecimento	Resultados esperados
Nonaka e Takeuchi (1997)	Socialização, externalização, combinação e internalização.	Promover a construção de novos conhecimentos.
Probst, Raub e Romhardt (2002)	Identificação, retenção, utilização, compartilhamento, desenvolvimento e aquisição.	Auxiliar os gestores na visualização do conhecimento como recurso.
Mekhilef, Kelleher e Olesen (2003)	Uso e criação.	Aumentar a competitividade.

Dalkir (2005)	Captura, estruturação, gerenciamento e disseminação.	Aprimorar as atividades desenvolvidas, adicionando valor aos produtos e serviços.
Steil (2007)	Criação, compartilhamento, comunicação, armazenamento, aquisição, utilização e reutilização.	Agregar valor e vantagem competitiva para a organização.
Valentim (2008)	Criação, aquisição, compartilhamento, utilização; mapeamento de fluxos informais.	Promover a cultura organizacional e a comunicação entre os atores envolvidos.
Young (2010)	Identificação, criação, armazenamento, compartilhamento e utilização.	Contribuir para o entendimento da missão, da visão, dos objetivos de negócio e das direções estratégicas organizacionais.
Batista (2012)	Identificação, criação, armazenamento, compartilhamento e aplicação.	Aumentar a eficiência e a qualidade na Administração Pública.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2015.

Nota-se que alguns processos são recorrentes nos modelos discutidos e apresentados neste estudo, como: identificação, criação, compartilhamento, armazenamento, utilização e aquisição de conhecimento. Outras etapas se aproximam por analogia das palavras, como: compartilhamento e socialização. Outras etapas marcadas por alguns modelos não se evidenciam em outros. Contudo, todos os processos estão centrados em promover a construção de novos conhecimentos para aumentar a eficiência, a qualidade e a competitividade

nos contextos em que o conhecimento assume papel de recurso que agrega valor.

Com base no estudo realizado, considera-se, para fins desta pesquisa, que a GC envolvem seis processos, conforme apresentadas no quadro 4.

Quadro 4 – Processos de gestão do conhecimento: recorrência

Processos	Relações por analogia das palavras	Ocorrência
Compartilhamento	Socialização e externalização.	7 vezes
Utilização	Uso, aplicação e combinação.	7 vezes
Desenvolvimento	Criação.	6 vezes
Retenção	Armazenamento e internalização.	5 vezes
Aquisição	Captura.	4 vezes
Identificação	---	3 vezes

Fonte: Elaborado pelo autor, 2015.

Os processos de GC identificados, a partir da literatura, como recorrentes são: compartilhamento e a utilização do conhecimento que aparecem em 7 dos modelos descritos; desenvolvimento do conhecimento é citado em 6 dos modelos citados nesta pesquisa; a retenção do conhecimento aparece em 5 dos modelos analisados; a aquisição do conhecimento aparece em 4 dos modelos aqui em estudo; e a identificação do conhecimento é recorrente em 3 dos modelos resultantes desta pesquisa. Estes números são resultados considerando as analogias conceitual das palavras como foi descrito no Quadro 4.

A GC envolve diferentes processos de conhecimento, tanto no nível individual quanto no

organizacional. Entre os processos identificados neste estudo de dissertação de mestrado, observa-se que seis são recorrentes nos modelos de GC (identificação, aquisição, desenvolvimento, compartilhamento, utilização e retenção), conforme descritos a seguir.

Entende-se por **identificação do conhecimento**, segundo Probst, Raub e Romhardt (2002), como a capacidade de se perceber as lacunas de conhecimento existentes e assim auxiliar as organizações a optarem entre adquirir ou desenvolver o conhecimento necessário. Essa ação promove a visibilidade interna dos ativos do conhecimento, contribuindo para que a organização alcance seus objetivos (BATISTA, 2012).

Nesse processo, busca-se possibilitar uma maneira de acessar o conhecimento existente na organização bem como de especificar os tipos de conhecimento necessários. Young (2010) corrobora que a identificação do conhecimento contribui, em um processo de GC, para desenvolver uma base de conhecimento e, portanto, manter explícito o conhecimento da equipe.

A **aquisição do conhecimento** é essencial frente ao rápido crescimento e à fragmentação do conhecimento, pois em alguns momentos a organização pode não ser capaz de desenvolver sozinha conhecimento para suprir seus *gaps*, ou lacunas. Steil (2007, p. 10) destaca que “o conhecimento adquirido não precisa ser um conhecimento recém-criado, precisa ser apenas novo para a organização”. A aquisição do conhecimento precede a fase de utilização (DALKIR, 2005). Uma forma direta e efetiva de se adquirir externamente o conhecimento é comprando-o; pode ser a aquisição de uma empresa ou contratação externa nos chamados mercados do conhecimento, como: contratação de especialistas externos; compra de base

externa de conhecimento; aquisição de conhecimento de outras organizações; identificação de parceiros; contato com os *stakeholders* da organização; compra de produtos do conhecimento (PROBST; RAUB; ROMHARDT, 2002; STEIL, 2007). Probst, Raub e Romhardt (2002) alertam para as possíveis barreiras no processo de aquisição do conhecimento, com destaque para a resistência à aceitação de um novo conhecimento, principalmente quando é adquirido externamente, pois ele está sempre ligado a um contexto específico.

O **desenvolvimento do conhecimento** centra-se na criação de novas habilidades, novos produtos, novas ideias e novos processos mais eficientes, buscando adquirir competências que a organização não tem. Esse processo não está apenas relacionado à área de pesquisa e desenvolvimento, mas pode acontecer em todas as áreas em que é gerada aprendizagem (PROBST; RAUB; ROMHARDT, 2002; STEIL, 2007; VALENTIM, 2008).

A criação de novo conhecimento pode ocorrer em três níveis (individual, de equipe e organizacional) e de modo interno ou externo à organização (BATISTA, 2012; PROBST; RAUB; ROMHARDT, 2002).

No **compartilhamento do conhecimento**, segundo Probst, Raub e Romhardt (2002), duas perguntas devem consideradas: Quem deve saber quanto sobre o quê ou ser capaz de fazer o quê e em que nível? Como se pode facilitar o compartilhamento e a distribuição do conhecimento? Para responder a essas perguntas, faz-se necessária a presença do conhecimento na organização, bem como sua fácil localização. Steil (2007) corrobora essa ideia apontando que compartilhar significa a forma pela qual uma organização obtém acesso ao seu conhecimento e ao

conhecimento de outras organizações. Para a efetivação desse processo, algumas condições são fundamentais, como sistemas híbridos nos quais estão presentes pessoas e tecnologias. Tais sistemas híbridos promovem, entre outros, momentos de realidade virtual e rede de conhecimento. O compartilhamento do conhecimento inclui “aspectos físicos, técnicos e organizacionais de contexto de trabalhos individuais e de grupo” e neste processo inclui-se o relato de experiências onde as pessoas inferem valor à informação (PROBST; RAUB; ROMHARDT, 2002, p. 139; MATTERA, 2014). Esse processo promove a aprendizagem contínua, contribuindo para a inovação e a competitividade na prestação de serviços e para o desenvolvimento de produtos, o que gera valor direto para o cliente (BATISTA, 2012).

A **utilização do conhecimento** individual ou organizacional deve ser direcionada de modo a atingir as metas organizacionais. Batista (2012) define esse processo como uma aplicação do conhecimento, o que contribui, segundo esse autor e Young (2010), para agregar valor e, consequentemente, para aprimorar produtos e serviços da organização. Para uma efetiva utilização do conhecimento, é necessário que este seja planejado para atender às possíveis necessidades de seus usuários (PROBST; RAUB; ROMHARDT, 2002). Também segundo os autores, é necessário estimular as pessoas para o uso do conhecimento, de modo a impedir barreiras nesse processo, principalmente no que se refere a conhecimentos novos. Para Probst, Raub e Romhardt (2002) e Mattera (2014), é na utilização do conhecimento que acontece a GC, se aplicando principalmente no âmbito de processos e projetos suportadas pelas redes e comunidades envolvidas.

E, por último, na fase de **retenção do conhecimento**, tem-se o momento de preservação e armazenamento da memória organizacional, promovendo novas experiências e mesmo inovação, com base em uma aprendizagem contínua (PROBST; RAUB; ROMHARDT, 2002; STEIL, 2007; YOUNG, 2010). Para Steil (2007), a retenção do conhecimento é fundamental, logo deve ser realizada de modo que a recuperação do conhecimento seja de fácil acesso para todos os servidores que necessitam dele. Probst, Raub e Romhardt (2002) chamam a atenção para ações como desligamento de funcionários e terceirização de serviços, as quais podem causar perdas irreversíveis devido à não retenção de conhecimento. Por isso, os autores sugerem que medidas de preservação do conhecimento sejam tomadas, para manter o conhecimento organizacional desenvolvido com base no conhecimento anterior.

Para finalizar, consideram-se os seis processos descritos como essenciais para atender às necessidades específicas em conhecimento das organizações que buscam criação de valor e aumento da qualidade de seus processos. Os processos de GC envolvem pessoas em busca de melhoria contínua. O item a seguir foi desenvolvido para compreender como ocorre esse cenário no ambiente hospitalar.

2.2.2 Gestão do conhecimento na área da saúde: estudos práticos

Por meio de uma busca sistemática na literatura, identificou-se que a indústria da saúde tem por característica o uso intensivo do conhecimento em suas atividades, diferenciando-se de outras indústrias pela quantidade de ativos intangíveis e capital intelectual necessário para possibilitar maior eficiência e eficácia

nas práticas de assistência médica (CHEN; LIU; HWANG, 2011).

Mirzaeian (2013) indica a existência de uma lacuna quando se fala em uso do conhecimento em unidades hospitalares para melhorar a eficácia dos processos de cuidados com a saúde do paciente. O autor ainda diz que uma das maneiras de proporcionar essa melhora é capacitar a equipe quanto à utilização dos recursos que possibilitem acessar os conhecimentos.

A falta de familiaridade com os novos conhecimentos profissionais necessários à realização de suas atividades ocasiona uma outra lacuna na assistência ao paciente. Dessa maneira, Chen, Liu e Hwang (2011) sugerem a adoção de práticas adequadas de GC em UHs que contribuam para o uso eficaz do conhecimento existente, bem como para sua preservação. Para os autores, a GC envolve processos de aquisição, conservação, organização, recuperação, apresentação e distribuição de conhecimento relacionado à realidade do momento, por isso são processos significativos e de valor para as organizações de saúde.

Cui et al. (2013) corroboram essa ideia e apontam a necessidade de se identificar o conhecimento em uma organização. Para tanto, sugerem a GC por meio de uma rede de conhecimento organizada por especialistas. Essa rede consiste em cinco etapas: identificação do conhecimento especializado; extração do conhecimento especializado; atribuição de um peso a cada conhecimento; seleção dos conhecimentos; avaliação dos conhecimentos. Tais ações contribuem, segundo os autores, para refletir a relevância de um determinado conhecimento bem como de suas contribuições em um determinado contexto. Na área da saúde, essas ações

ganham ênfase, já que muitas das decisões tomadas são vitais aos pacientes.

Wickramasinghe et al. (2009) destacam que os conhecimentos, as técnicas, as tecnologias e os processos de GC são essenciais para garantir a eficiência e a eficácia no processo de tomada de decisões na área da saúde, possibilitando a otimização na escolha para o máximo benefício do paciente. Para os autores, a GC contribui para aprimorar a eficiência e a eficácia do processo, a produtividade, a segurança e a satisfação do paciente. Para isso, é preciso seguir alguns passos na GC: geração do conhecimento; representação; armazenamento; transferência; transformação. Essas etapas são fundamentais para alcançar as melhorias desejadas nas práticas clínicas e de gestão, gerando um fluxo de inovação contínua.

Sumet et al. (2012), em seus estudos na área médica, propõem que a GC tenha três fases, a saber: preparação, execução e avaliação. Na primeira fase, preparação, é feita uma introdução ao tema e explicada a importância da GC. Na etapa seguinte, execução, conta-se com ações para compartilhar o conhecimento e a experiência no grupo. E, por fim, na fase de avaliação, que no estudo aconteceu após um mês da implementação da GC, o grupo envolvido é reunido para avaliar a contribuição e a prática da proposta. Depois de implementar um modelo em uma UH, os autores perceberam o aumento da satisfação pessoal no trabalho, bem como da satisfação do paciente com os serviços prestados.

Elwyn, Taubert e Kowalcuk (2007) e Laihonen (2012) discorrem a prática de GC com base no processo de transferência do conhecimento. Para os autores, desempenhar essa ação ajuda na superação de barreiras. Ao compartilhar o conhecimento, é possível

encontrar algumas das respostas que estão sendo procuradas, inclusive com evidências empíricas e já testadas. Para que a transferência do conhecimento seja viável, duas ações podem ser consideradas essenciais. São elas: decisão de transferir; e uso do conhecimento transferido para alcançar o desempenho satisfatório.

Com base nesses estudos, observa-se que as práticas de GC, independentemente da área de atuação, recaem sobre o uso do conhecimento existente como meio de criação de valor que contribui para a organização e todos os envolvidos. Contudo, algumas limitações podem ser encontradas na implementação e no uso das práticas de GC, o que exige o envolvimento e, como apontado por Sumet et al. (2012), até mesmo um debate para a conscientização da relevância da GC no ambiente em que haverá a implementação.

Quando se fala em gestão do conhecimento em unidades hospitalares, com base nesta pesquisa de dissertação de mestrado, percebe-se que diferentes práticas estão presentes no serviço de saúde. Para melhor visualizá-las, organizou-se o quadro 5.

Quadro 5 - Processos de gestão do conhecimento em UHs

Autores	Processos de GC	Resultados esperados
Chen, Liu e Hwang (2011)	Aquisição, conservação, organização, recuperação, apresentação e distribuição.	Geração de valor para as organizações de saúde.
Cui et al. (2013)	Identificação, extração, atribuição de valor, seleção e avaliação.	Reflexão sobre a relevância de um determinado conhecimento.
Wickramasinghe et al. (2009)	Geração, representação, armazenamento,	Alcance de melhoria na

	transferência e transformação.	prática clínica e de gestão.
Elwyn, Taubert e Kowalcuk (2007)	Compartilhamento e transferência.	Superação de barreiras nas práticas médicas.
Sumet et al. (2012)	Preparação, compartilhamento e avaliação.	Satisfação dos pacientes e melhorias das práticas da equipe.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2015.

Nota-se uma incipiência ao se trabalhar a GC no âmbito hospitalar. Essa situação fica evidente ao se relacionar as práticas com as definições dos autores referenciados nesta pesquisa. Nas UHs, apesar de existir foco no conhecimento como recurso para gerar valor para a organização de saúde quanto às práticas da equipe médica e à satisfação dos pacientes, os processos são organizados por etapas que na grande maioria não se assemelham com a concepção conceitual.

2.2.3 Elementos que inibem a gestão do conhecimento

Segundo Schröeder, Antunes e Oliveira (2011), apesar da relevância da GC para as organizações modernas, alguns elementos podem interferir na sua implementação, por exemplo, a cultura organizacional e o comportamento humano.

Para Batista (2012), a tecnologia impacta diretamente como barreira na implementação da GC. Além disso, segundo o autor, há outros cinco fatores que inibem a GC, a saber: tempo; poder; estruturas; sistema de medição; cultura organizacional. Silveira (2011, p. 77)

aponta que “o grande desafio é fazer com que essa disseminação integrada aconteça”.

Rebelo et al. (2015) destacam que grande parte das barreiras não é de ordem tecnológica, mas está relacionada à maneira como as organizações funcionam e ao comportamento e à cultura das pessoas. Thoben, Weber e Wunram (2002) consideram somente três as barreiras para implementação da GC (pessoas, tecnologias e organização) e apontam a tecnologia também como uma facilitadora do processo. Contudo, os autores concordam que a tecnologia não é uma barreira tão relevante como aquelas referentes à organização e às pessoas.

Apesar de o conhecimento ser um artefato potencializador na obtenção de melhor desempenho organizacional por meio da agregação de valor e qualidade ao serviço prestado, ainda são percebidas outras barreiras na implementação da GC. Corroboram a discussão Rebelo et al. (2012), ao apontar 23 barreiras, organizadas em três dimensões, relacionadas à implementação da GC no setor público. As três dimensões são: individual, organizacional e tecnológica, baseadas no modelo de Barson et al. (2000). O quadro 6 apresenta as 23 barreiras e sua relação com as dimensões citadas.

Quadro 6 – Implantação da gestão do conhecimento no setor público: barreiras x dimensões

Barreiras	Dimensões
Noção de conhecimento como poder	Individual
Falta de tempo	Individual
Falta de comunicação	Individual
Ausência de redes sociais	Individual
Diferenças culturais	Individual
Falta de confiança	Individual

Não conscientização dos benefícios de compartilhar o conhecimento	Individual
Falta de relação interpessoal	Individual
Receio em não receber o reconhecimento por compartilhar o conhecimento	Individual
Baixa prioridade em projetos interorganizacionais	Individual e organizacional
Inexistência da cultura de compartilhamento	Individual e organizacional
Infraestrutura técnica inadequada	Organizacional
Estrutura hierárquica rígida	Organizacional
Heterogeneidade semântica	Organizacional
Ausência de incentivos e recompensas	Organizacional
Falta de suporte por parte dos gestores	Organizacional
Práticas ineficientes do setor de Recursos Humanos	Organizacional
Cultura organizacional pobre	Organizacional
Estrutura organizacional inadequada	Organizacional
Não compartilhamento de conhecimento	Organizacional, individual e tecnológica
Resistência do usuário em utilizar os sistemas de informação disponíveis	Tecnológica
Falta de treinamento para a utilização da tecnologia da informação disponível	Tecnológica

Fonte: Adaptado de Rebelo et al., 2012.

Embora se identifiquem algumas barreiras em diferentes instâncias, percebe-se que a prática de uma gestão participativa contribui para a implementação da GC. No entanto, é necessário habilitar a organização para criar, gerir e disseminar o conhecimento aos seus colaboradores (SILVEIRA, 2011). Assim, considera-se de extrema relevância buscar por práticas, processos e ações que facilitem o processo de GC, já que, na sociedade atual, o conhecimento tem se difundido dia a dia como base de sustentação. O envolvimento dos diferentes atores do processo de GC contribui para a

superação de possíveis barreiras. À luz desta consideração apresenta-se a seguir elementos que contribui para que a GC se efetive.

2.2.4 Elementos facilitadores da gestão do conhecimento

A gestão do conhecimento requer, nos diferentes níveis de gestão, uma cultura participativa e aberta capaz de promover e facilitar a prática, pois ela é considerada essencial para as organizações que planejam crescer, aumentar a competitividade, conquistar espaços, ampliar a qualidade bem como tornar-se referência na sua área de atuação. Nesse sentido, compete ao líder estimular, orientar e facilitar o trabalho das pessoas na adoção e na implementação de um modelo de GC (SILVEIRA, 2011).

Batista et al. (2005) também indicam práticas organizacionais facilitadoras desse processo, dentre as quais se destaca a gestão de recursos humanos, que contribui com os processos de transferência, disseminação e compartilhamento. Para os autores, ações como fóruns (presenciais e virtuais) ou listas de discussão; comunidades de prática ou de conhecimento; educação corporativa; narrativas contribuem para a GC. No entanto, os autores, em seu estudo, identificaram que não existe sequer planos de implantação de algumas iniciativas em muitas das organizações pesquisadas; apenas iniciativas de fóruns e educação corporativa são as mais recorrentes (BATISTA et al., 2005).

Nesse sentido, os autores apontam algumas práticas relacionadas a processos facilitadores da GC, por exemplo: compartilhamento de melhores práticas;

*benchmarking*¹ interno e externo; memória organizacional; lições aprendidas; banco de conhecimento; mapeamento do conhecimento; banco de competências individuais e organizacionais etc. Quanto às práticas relacionadas à base tecnológica e funcional para suporte à GC, destacam-se ferramentas de colaboração como portais, intranets e extranets; gestão de conteúdo; gestão eletrônica de documentos; entre outras.

Moscony e Roy (2013) ampliam a discussão apontando quatro dimensões facilitadoras da GC, em relação ao indivíduo no nível organizacional.

- **Processos e atividades:** ações que apoiam a criação e a utilização do conhecimento.
- **Tecnologias e ferramentas:** meios para sustentar os processos de GC.
- **Estruturas:** definições de papéis para apoiar a criação e a utilização de conhecimento, bem como todos os demais processos de GC.
- **Cultura:** ambiente que contribua para o compartilhamento do conhecimento.

Ampliando esta discussão elaborou-se o quadro 7, a seguir, com a descrição de algumas práticas organizadas por processos de GC.

¹ Processo que permite comparar a estruturação de processos e identificar melhores práticas, segundo North e Rivas (2008).

Quadro 7 - Práticas relacionadas aos processos de GC

Processos	Prática	Descrição
Criação do conhecimento	<i>Brainstorming</i>	Um processo que se divide em duas fases. A primeira é onde a equipe sem se preocupar com o julgamento da ideia aponta proposições para um assunto. Na sequência seleciona-se as melhores ideias.
	Aprendizagem e captura de ideias	Conjunto de processos para coletar, classificar, recuperar, armazenar e compartilhar o conhecimento nas atividades diárias.
Identificação do conhecimento	Mapa do conhecimento	Permite que a organização identifique e categorize os ativos do conhecimento para se alavancar competências existentes na organização, bem como identificar barreiras e restrições.
	Topografia do conhecimento	Permite identificar as pessoas que possuem habilidade e conhecimentos específicos e indicam em que nível é este conhecimento.

Compartilhamento do conhecimento Compartilhamento	Fórum de discussão	Prática utilizada para discutir e compartilhar informações, ideias e experiências.
	Narrativas	Prática utilizada para compartilhar experiências e lições aprendidas, por meio de relatos e eventos que consistem em contar histórias utilizando palavras e imagens.
	Serviço de rede social	Grupo de pessoas que compartilham sobre uma área de interesse comum tendo como sistema de apoio social online.
Compartilhamento e aplicação do conhecimento	Revisão por pares	Técnica que consiste em solicitar a assistência de colegas e especialista em um dado assunto.
Criação, retenção e compartilhamento do conhecimento	Revisão da aprendizagem	Prática para auxiliar na aprendizagem individual durante o trabalho. Prevê a aprendizagem continua ao longo do projeto.
	Lições aprendidas	Utilizada ao final de um projeto, de uma prática para que os membros da equipe possam descobrir o que aconteceu, por que aconteceu e como manter e melhorar os pontos forte e fracos.
Criação, compartilhamento e aplicação do conhecimento	Espaço presencial colaborativo	Prática utilizada para trabalho colaborativo na equipe incentivando experimentação e teste de ideias.

Identificação, criação, armazenamento, compartilhamento e aplicação	Café do conhecimento	Discussão em grupo, para refletir, desenvolver e compartilhar, pensamentos e ideias que vão surgindo.
	Comunidade de prática	Grupo de pessoas que compartilham uma preocupação ou um sentimento por algo que fazem ou aprendem, de forma espontânea.
	Cluster do Conhecimento	Grupos que se organizam para encontrar nova forma para criar, inovar e disseminar conhecimento.
	Localizador de especialista	Prática que permite conectar especialistas em qualquer parte da organização. Um sistema para encontrar e montar equipes de projetos a partir dos tipos de conhecimentos.
	Espaço virtual colaborativo	Prática que permite que as pessoas trabalham de modo colaborativo compartilhando documentos no modo de coautoria, independente de onde estejam fisicamente.
Armazenamento, compartilhamento e aplicação do conhecimento	Sistema de gerenciamento de documentos	Forma-se ter acesso a documentos e evitar sobrecarga de informação. Fundamental para encontrar a informação correta no tempo certo.

Criação, armazenamento, compartilhamento e aplicação do conhecimento	Base de conhecimento (Wiki)	Ferramenta de colaboração estruturada para responder questões como: o que? por que? onde? quando? quem? como?
	Blogs	Diário que contém uma lista de entradas, geralmente no sentido inverso a ordem cronológica. Permite a entrada de artigos curtos e histórias relativas a eventos ou notícias atuais.

Fonte: Adaptado de APO (2009) e Probst, Raub e Romhardt (2002)

Sendo assim, diferentes práticas, como a descentralização, permitem que os colaboradores tenham autonomia na construção de novos conhecimentos. Reuniões periódicas e comunicações informais para troca de experiências são exemplos de ações que contribuem para a ruptura das barreiras organizacional e cultural possíveis de existir nesse contexto. Percebe-se ainda que outras aliadas importantes na implementação da GC são as tecnologias, com as quais as trocas podem ser feitas por meio de ambientes virtuais, sem tempo e espaço definidos, multiplicando e fomentando boas práticas nos diferentes setores de uma organização.

3 METODOLOGIA

Neste capítulo, apresenta-se a metodologia utilizada nesta pesquisa, que tem como objetivo maior a construção de um modelo de GC para a UH em análise. Este estudo é composto pelas quatro etapas descritas a seguir.

A primeira etapa foi constituída pela realização de uma pesquisa bibliográfica com a intenção de encontrar subsídios teóricos para a compreensão dos modelos de GC e seus processos. Foi feita também uma pesquisa sistemática em base de dados *on-line* para identificar os processos relacionados na área médica que poderiam servir de fundamentação teórica para este estudo.

Na segunda etapa, definiu-se a metodologia a ser utilizada para a construção do modelo que responda ao problema desta pesquisa.

Na terceira etapa, de posse do conhecimento teórico sobre processos de GC e com a metodologia definida, elaborou-se um roteiro de entrevista semiestruturada a fim de se identificar a relevância dos processos de GC utilizados na UH em estudo.

E, por fim, na quarta e última etapa, elaborou-se a proposição do modelo de GC para a especialidade de fibrose cística do Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG), localizado em Florianópolis (SC). Para chegar ao modelo, foi feita a correlação dos processos de GC identificados na teoria com aqueles constatados na prática, com base nas respostas obtidas nas entrevistas². Desse modo, buscou-se propor um modelo de GC que atenda às necessidades clínicas da equipe multidisciplinar.

² O roteiro de entrevista, anexado ao projeto da pesquisa, foi submetido ao comitê de ética do HIJG, por meio da plataforma Brasil, e aprovado sem alteração, como mostra o anexo A.

3.1 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Esta pesquisa caracteriza-se como aplicada, pois faz uso de conhecimentos já sistematizados com intuito de propor soluções organizacionais (ALMEIDA, 2011).

Quanto aos objetivos, a pesquisa classifica-se como exploratório-descritiva. É exploratória por ser uma pesquisa em área de pouco conhecimento estruturado e descritivo por ter o intuito de buscar maior conhecimento para descrever o objeto em estudo (ALMEIDA 2011).

Quanto à abordagem do estudo, baseada na natureza do problema de pesquisa, fez-se uma análise qualitativa para explorar e entender o significado que os indivíduos atribuem à situação em estudo (CRESWELL, 2010).

Quanto aos métodos de pesquisa para coleta de dados, foram empregados: levantamento bibliográfico; levantamento documental; e estudo de caso. Inicialmente, para verificação e consolidação do problema de pesquisa e dos objetivos, centrou-se em um levantamento bibliográfico, que, segundo Creswell (2010), tem o intuito de localizar nas diferentes bases de análises estudos científicos, estudos conceituais ou ponderações que permitam reflexões científicas sobre um determinado tema. Para fazer esse levantamento, buscou-se na literatura clássica de GC e para identificar a relação deste tema com a área médica realizou-se uma pesquisa na base de dados Scopus, selecionada por ser considerada a maior base de dados da literatura científica revisada por pares nas áreas de ciência, tecnologia, medicina, ciências sociais e artes e humanidades.

A busca foi realizada utilizando-se as expressões: “gestão do conhecimento”, “modelo”, “saúde”, “médico” e “hospitalar”. As expressões foram pesquisadas em

inglês, por ser uma busca em base internacional, com os seguintes termos: “*knowledge management*” AND “*model*” AND “*health*” OR “*medical*” OR “*hospita**”. Para o termo “*hospital*”, utilizou-se o truncador asterisco (*) no final para buscar a palavra com suas variações. Dessa busca, resultaram 882 documentos, sendo 343 artigos selecionados. Destes, foram separados os artigos das seguintes áreas: diferentes áreas da saúde, ciências sociais e multidisciplinares, o que resultou em 158 trabalhos. Filtrando pelos últimos dez anos, obtiveram-se 141 trabalhos. Em seguida, selecionaram-se os artigos nos idiomas inglês, português e espanhol, resultando em 137 trabalhos. Na sequência, fez-se uma seleção por título, resultando em 36 artigos alinhados com os objetivos da pesquisa. Após a leitura dos resumos, permaneceram 15 artigos. Depois da leitura integral dos 15 artigos, restaram seis, que contribuíram para a fundamentação teórica desta pesquisa.

Considera-se que a busca na base de dados *online* selecionada contribuiu para esta pesquisa, contudo foi necessário ampliar a busca por meio da localização e seleção de obras de autores na área em estudo.

Em um segundo momento, no que tange ao método de pesquisa, trabalharam-se também dados documentais com base no estudo de caso. Segundo Almeida (2011), este é o momento de análise de documentos organizacionais e governamentais típicos de uma empresa.

Quanto à estratégia de investigação, utilizou-se o estudo de caso, que, segundo Fachin (2006), possibilita detectar novas relações, tornando-se um método importante. Para isso, o estudo deve conter hipóteses, formulários, entrevistas e, em alguns casos, questionários como instrumento de pesquisa. O objetivo desse tipo de investigação é construir uma explicação

sistemática dos fatos existentes no contexto analisado, no qual as múltiplas variáveis encontradas são contextualizadas com o apoio da estatística - os dados passam a ser representados sob a forma de tabelas, quadros, gráficos estatísticos - e por meio de uma análise descritiva que os caracteriza.

O estudo de caso, segundo Almeida (2011), é uma prática que permite observar e compreender com profundidade uma realidade. Nesta dissertação, a análise está relacionada a uma especialidade denominada fibrose cística, da subespecialidade de pneumologia, de uma unidade pública hospitalar do estado de Santa Catarina, o Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG). Esta escolha deu-se pela proximidade do pesquisador com a equipe bem como pela organização da equipe com a preocupação do tema de estudo, conhecimento, como ativo estratégico para o atendimento do paciente.

Com base no ambiente de análise e nas variáveis a serem observadas, definiu-se como instrumento de coleta de dados a entrevista semiestruturada (apêndice B), para identificar quais processos de GC são comumente utilizados na prática clínica da UH em estudo. Optou-se por esse tipo de entrevista, a semiestruturada, pois, segundo Almeida (2011, p. 60), ela permite a coleta de dados "quando o número de respondentes for reduzido" e também dá certa flexibilidade na abordagem do entrevistado. No intuito de respeitar e proteger os direitos dos participantes da pesquisa, fez-se uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice A), entregue aos entrevistados. As vias assinadas e preenchidas estão sob a responsabilidade do pesquisador e cada participante recebeu uma via do Termo.

As entrevistas foram individuais, gravadas em meio digital, transcritas logo após terem sido realizadas. O resultado foi organizado em uma matriz dialógica problematizadora definida por Kemmis e McTaggart (1988) como um quadro de questões organizadas conforme a preocupação temática. O local da entrevista foi escolhido pelos participantes segundo sua disponibilidade de dia e horário.

Para análise, utilizou-se como referência a análise do discurso do sujeito coletivo (DSC), de Lefevre e Lefevre (2012). Esse procedimento reúne em um discurso-síntese a ideia-chave (ICH) e a ideia central (IC).

ICH são pedaços, ou trechos, ou segmentos, contínuos ou descontínuos do discurso, que devem ser selecionados pelo pesquisador e que revelam a essência do conteúdo do depoimento ou discurso [...] (LEFEVRE; LEFEVRE, 2012, p. 73).

IC é um nome ou expressão linguística que revela e descreve da maneira mais sintética e precisa possível o sentido ou os sentidos das ICH [...] As IC são o que o entrevistado quis dizer (ou o quê, sobre o quê) e as ICH como isso foi dito (LEFEVRE; LEFEVRE, 2012, p. 76-77).

O levantamento e a análise dos dados não procuraram restringir nem esgotar os atributos que poderiam ser encontrados em diferentes perspectivas observadas nos processos de GC na área pública hospitalar. No entanto, por se tratar de uma realidade específica, a impossibilidade de generalização dos resultados limita o estudo. Contudo, mesmo diante das possíveis limitações, o método adotado foi considerado o mais apropriado para alcançar o objetivo desta pesquisa.

3.2 CENÁRIO DE ESTUDO

O Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG) está situado na cidade de Florianópolis, capital do estado de Santa Catarina. É vinculado à Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina. Sua estrutura está dividida nas seguintes unidades de internação: A (Adolescente e Apartamento), B, C, D, E, HDC, Berçário, Emergência Interna, Isolamento, Oncologia, Ortopedia, Queimados, Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Geral e UTI Neonatal. Essas unidades constituem especializações clínicas que visam suprir a demanda por atendimento em 28 especialidades pediátricas, logo têm um amplo espectro de cobertura das necessidades de atendimento de saúde da comunidade pediátrica catarinense. Devido às especialidades, o HIJG vem atuando como polo de referência estadual para as patologias de média e alta complexidade (HIJG, 2015).

O universo deste estudo é a equipe multidisciplinar de pneumologia que atende aos pacientes portadores de fibrose cística ou mucoviscidose, uma patologia de alta complexidade, originada de mutação genética autossômica recessiva, crônica, que compromete o sistema respiratório, digestivo e reprodutor (LUDWIG NETO, 2008).

A Equipe Multiprofissional de Atendimento ao Paciente Portador de Fibrose Cística (EMAPFC) entrevistada consiste das seguintes especialidades: pneumologia, gastroenterologia, nutrologia, nutrição, fisioterapia, genética e assistência social, totalizando 12 profissionais.

4 MODELO DE GESTÃO DO CONHECIMENTO ORIENTADO À UNIDADE HOSPITALAR

Na busca por um modelo de GC orientado à prática de uma especialidade, em determinada UH, considerou-se a discussão da literatura apresentada nesta pesquisa. Tal literatura apresenta alguns processos de GC recorrentemente utilizados por vários autores, o que permite elencar seis processos como tendência para uma prática de GC bem-sucedida, a saber: identificar, adquirir, desenvolver, compartilhar, utilizar e reter conhecimento. Para determinar esses processos, primeiramente efetuou-se a busca na literatura e dela extraíram-se os processos identificados como frequentes (estão apresentados no quadro 4 desta pesquisa, item 2.2.1).

Com base nessa análise, realizaram-se entrevistas com todos os membros da EMAPFC (12 integrantes no total) responsável pelas atividades e pelos conhecimentos da UH em análise. Assim, neste capítulo é apresentada inicialmente a caracterização dos participantes e na sequência são identificadas as práticas de GC utilizadas e a forma de utilização, bem como as fragilidades identificadas nas práticas existentes. Para finalizar, faz-se a proposição de um modelo de GC para a UH em estudo para que a GC aconteça de modo sistematizado facilitando a melhoria das práticas clínicas.

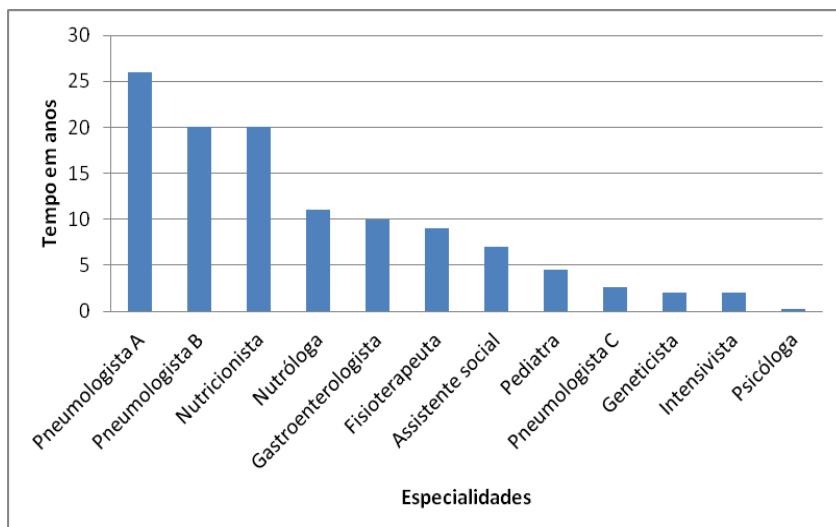
4.1 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Com os dados coletados, foi feita uma análise para extrair seu significado e interpretá-los em seu sentido mais amplo. Para tanto, organizou-se a ideia-chave em uma matriz de dados. Depois, extraiu-se a

ideia central para cada prática de GC pesquisada e também foi identificado o perfil dos entrevistados. Esse processo de análise, segundo Creswell (2010), tem caráter refletivo e iterativo com base na análise qualitativa, pois utiliza o dado coletado para o desenvolvimento do modelo de GC a ser proposto.

Para a caracterização dos participantes, identificou-se o perfil dos respondentes segundo a especialidade e o tempo, em anos, de atuação na EMAPFC, como mostra o gráfico 1.

Gráfico 1 - Perfil dos respondentes por especialidade e tempo de atuação na EMAPFC



Fonte: Dados primários, 2015.

A equipe tem 12 integrantes e todos concordaram livremente de participar da pesquisa. A equipe é composta por profissionais de perfil variado, com média de um especialista por área. Quanto ao tempo de atuação profissional na equipe, foi possível constatar que

o grupo adota práticas consolidadas para melhor atender ao paciente portador de fibrose cística, logo é uma equipe experiente, com a maioria de seus membros atuando há mais de seis anos.

Para identificação dos processos de GC utilizados na EMAPFC, apresentou-se uma breve definição de cada um dos seis processos de GC pré-definidos, com base na literatura, conforme identificado no Quadro 4, de modo a contribuir com a compreensão dos processos listados para conduzir a entrevista: identificação, aquisição, desenvolvimento, compartilhamento, utilização e retenção do conhecimento. Após o esclarecimento conceitual, foi solicitado aos respondentes que explanassem as práticas de GC adotadas pela equipe e como elas eram executadas; caso determinada prática não ocorresse, foi pedido para explicar o principal motivo dessa situação.

Para os entrevistados, a prática de **identificação do conhecimento** (definida na pesquisa como responsável por promover a visibilidade interna do conhecimento) foi apontada como existente por todos os entrevistados. As principais fontes são: conversas informais com colegas considerados referência na área; discussões em grupo; buscas em várias fontes, como livros, artigos impressos e artigos digitais.

Esta situação indica a ausência de uma sistematização deste processo o que implica em perda de tempo por parte dos envolvidos, uma vez que torna-se necessário o contato pessoal com um ou vários membros para ter acesso ao conhecimento deste especialista, bem como repetição do assunto em novas discussões da equipe, ou duplicidade na busca por conteúdo nas fontes citadas. Também pode-se perceber que esta prática possibilita uma divergência de entendimento do conhecimento transmitido pelo

especialista, pois como relatado por alguns dos respondentes este contato em determinadas ocasiões acontece envolvendo o profissional com dúvida e o especialista e não sendo assunto disseminado coletivamente.

Estas observações permitem inferir-se sobre a necessidade de sistematizar este processo de identificação do conhecimento, minimizando a fragilidade observada, tornando mais prático e eficaz, possibilitando uma disseminação coletiva e um armazenamento eficaz que possibilite a rápida recuperação do conteúdo através de um ambiente de fácil acesso. Sugere-se duas ações para facilitar esta identificação: listar o conhecimento que cada especialista detém, tornando mais adequada a discussão sobre determinado problema; e identificar o nível do conhecimento existe e onde este conhecimento está disponível. O que segundo APO (2009) está relacionado a práticas que permitam que a organização identifique e categorize os ativos do conhecimento para se alavancar as competências existentes, bem como identificar possíveis *gaps*.

Quanto à prática de **aquisição do conhecimento** (definida na pesquisa como busca por conhecimento para suprir possíveis *gaps*), os respondentes citaram ter a preocupação e o hábito de adquirir novos conhecimentos. Os principais meios citados para a efetivação desse processo são a literatura especializada e a participação em congressos, cursos, seminários e jornadas e na literatura especializada. Porém é citado por alguns dos respondentes que estas práticas não são realizadas de forma estruturada e nem com periodicidade, pois existe algumas barreiras tanto de ordem financeira como de ordem organizacional (liberação por parte da chefia para participação nos dias previstos para um determinado evento). Outro fato

percebido é a pouca interação com o profissional bibliotecário existente na UH, para auxiliar na aquisição de novos conhecimentos disponíveis na literatura especializada sobre os temas envolvidos no tratamento dos pacientes. A partir desta observação infere-se a necessidade de se promover a interação deste profissional com a equipe, pois o profissional da informação tem formação e competência para auxiliar, através de métodos de pesquisa e uso de bases de dados especializadas na área da saúde, na aquisição de novos conhecimentos. Pois, como aponta Dalkir (2005) uma das formas direta e efetiva de se adquirir conhecimento é buscando auxílio de especialista, base de dados e identificação de parceiros na organização.

Sobre a prática de **desenvolvimento do conhecimento** (processo que tem por objetivo a criação interna de novas habilidades), todos os especialistas deixaram claro que a consideram relevante. Na UH em estudo, comumente esse processo se efetiva pela realização de reuniões da equipe, que são semanais, pelas conversas informais e por trocas de *e-mail*, de modo a desenvolver constantemente o conhecimento. O processo em questão também foi apontado como um meio para transformar o conhecimento tácito dos membros da equipe em conhecimento explícito, através do uso do prontuário do paciente, das trocas de *e-mail* entre a equipe e do protocolo (*guidelines*, diretrizes), em construção, sobre as rotinas clínicas.

Verifica-se que as práticas utilizadas para o desenvolvimento deste processo, com base nas entrevistas, não se encontram sistematizadas o que pode ser considerada como fator limitante. Apesar de alguns processos terem suas práticas registradas em um livro, não se identificou que este processo esteja estruturado ocorrendo geralmente de modo

individualizado. Outra limitação identificada, no processo de desenvolvimento do conhecimento, foi quanto a estrutura organizacional existente que não disponibiliza recursos adequados para o desenvolvimento de estudos e inovações que possibilitem aprimoramentos no cuidado do paciente fibrose cística. Rebelo et al. (2015) destacam que grande parte das barreiras para a prática de GC está relacionada à maneira como as organizações funcionam. Logo, sugere-se que um sistema de aprendizado sistematizado possa ser integrado à prática da equipe, pois como apontam Borba e Kliemann Neto (2008) e Navarro e Carrión (2010) um sistema de aprendizado na prestação de serviços de saúde contribuem para a aprendizagem e à melhoria no atendimento clínico ao paciente.

No que se refere à prática de **compartilhamento do conhecimento** (processo que permite disseminar o conhecimento desenvolvido no grupo), os respondentes indicaram que ela normalmente é adotada, pois permite a ampliação do conhecimento do grupo. Tal prática se efetiva por meio de conversas informais, reuniões, trocas de *e-mail* e mensagens instantâneas no aplicativo Whatsapp, informações divulgadas no perfil do grupo do Facebook e publicações da equipe em eventos e em palestras. Porém, ficou claro que, segundo a maior parte dos participantes, o conhecimento é compartilhado principalmente nas reuniões semanais e nas conversas informais diárias.

Como nos processos anteriores este não demonstra possuir uma sistematização que facilite o compartilhamento do conhecimento entre os membros da equipe. É mencionado por vários respondentes que o conhecimento é compartilhado por vários meios, mas percebe-se pouca preocupação na ordenação deste conteúdo. Como citado por um dos respondentes, o

conhecimento é compartilhado por várias mídias digitais, mas se alguém necessitar buscar algo no e-mail do grupo, por exemplo, terá que ter feito o arquivamento em uma pasta específica, caso contrário vai ter que procurar no histórico das mensagens. As respostas apontam para o interesse da equipe em utilizar as mídias digitais como espaço facilitar para o compartilhamento do conhecimento em rede apesar de, alguns integrantes da equipe destacam a preocupação: "ao se aderir o uso de novas mídias corre-se o risco de fragmentar o conhecimento compartilhado". Contudo, o compartilhamento segundo Probst, Raub e Romhardt (2002) está diretamente relacionado a sua fácil localização o que requer algumas condições fundamentais, como: sistemas híbridos nos quais estão presentes pessoas e tecnologias de modo a promover a aprendizagem contínua, contribuindo para a inovação e a competitividade na prestação de serviços (BATISTA, 2012).

Para a prática de **utilização do conhecimento** (processo que consiste em usar os conhecimentos na prática clínica), os respondentes, em unanimidade, apontaram que tal prática é relevante e que deve acontecer frequentemente, apoiada em ações como: definição de novos procedimentos e novas rotinas de atendimento; atualização do protocolo de rotinas. Os especialistas também relataram que a atualização do livro da equipe serve como diretriz para a execução desse processo e que estão construindo um manual de rotinas como uma forma de utilizar o conhecimento identificado, adquirido, compartilhado e desenvolvido. Estas ações estão associadas, segundo relato da equipe, à preocupação em melhor atender o paciente de fibrose cística. Pondera-se que apesar de existir algumas barreiras, como, falta de recursos financeiros e

estruturais, a equipe vem apresentando bons resultados na utilização do conhecimento que detém.

Contudo, com base nesta pesquisa, a partir da observação e estudo da literatura, considera-se que a equipe pode potencializar o uso do conhecimento se o mesmo for disponibilizado de modo ordenado para sanar dúvidas relacionadas a interações específicas criando assim uma infraestrutura que propicie a utilização do conhecimento ali existente. Pois, como aponta Nonaka e Takeuchi (1997) e Choo (2003) a potencialidade da utilização do conhecimento está relacionada ao emprego de um sistema facilmente comunicado, formato digital ou analógico.

Para a prática de **retenção do conhecimento** (processo de preservar e armazenar uma memória organizacional), os respondentes entendem essa prática como relevante para o atendimento clínico, mas não houve consenso quanto ao modo de armazenamento do conhecimento. Como formas de retenção, sete entrevistados apontam o registro no prontuário eletrônico, em artigos publicados em revistas, em protocolos, em livros de atas das reuniões e no livro já produzido pela equipe. Cinco participantes entendem que não existem práticas de retenção e citam a atualização do livro que está sendo desenvolvido pela equipe (protocolo, *guidelines*, diretrizes) como ação que supera essa falta. Diante das respostas obtidas observa-se a possibilidade de se organizar um ambiente onde a preservação do conhecimento aconteça de maneira fácil e sistematizada, para tanto pode-se utilizar de diferentes mídias digitais disponíveis. Porém, aconselha-se a utilização de alguma mídia que os membros ou maioria já tenha familiaridade, pois como destaca Moscony e Roy (2013) e Wickramasinghe et al. (2009) as tecnologias devem ser meios para sustentar os

processos de GC contribuindo para garantir a eficiência e a eficácia no processo.

Para uma melhor visualização desses resultados, organizou-se o quadro 8.

Quadro 8 - Etapas de GC na prática segundo a equipe da UH em estudo

Etapas	Definições	Práticas identificadas
Identificação do conhecimento	Processo que contribui para a visibilidade do conhecimento existente na equipe.	Conversas informais e formais (reuniões); buscas na literatura médica (livros e artigos).
Aquisição do conhecimento	Processo que busca suprir <i>gaps</i> internos de conhecimento para uma melhor prática clínica.	Participação em congressos, seminários e jornadas; realização de cursos; buscas na literatura especializada.
Desenvolvimento do conhecimento	Processo relacionado a novas ações, ideias e habilidades que contribuam para melhorias nas práticas clínicas.	Reuniões semanais da equipe; conversas informais; trocas de e-mail; uso do prontuário do paciente; protocolo clínico em desenvolvimento.
Compartilhamento do conhecimento	Processo que permite ampliar o conhecimento do grupo.	Reuniões semanais; conversas informais; uso de

		mídias digitais, como o aplicativo Whatsapp e a rede social Facebook; trocas de e-mail.
Utilização do conhecimento	Processo que permite aplicar na prática clínica o conhecimento adquirido e desenvolvido na equipe.	Geração de novos procedimentos e rotinas de atendimento paciente.
Retenção do conhecimento	Processo que permite armazenar o conhecimento existente.	Registro em prontuário eletrônico; publicação de artigos elaborados pela equipe; registro em livro de ata de reunião; atualização do livro elaborado pela equipe.

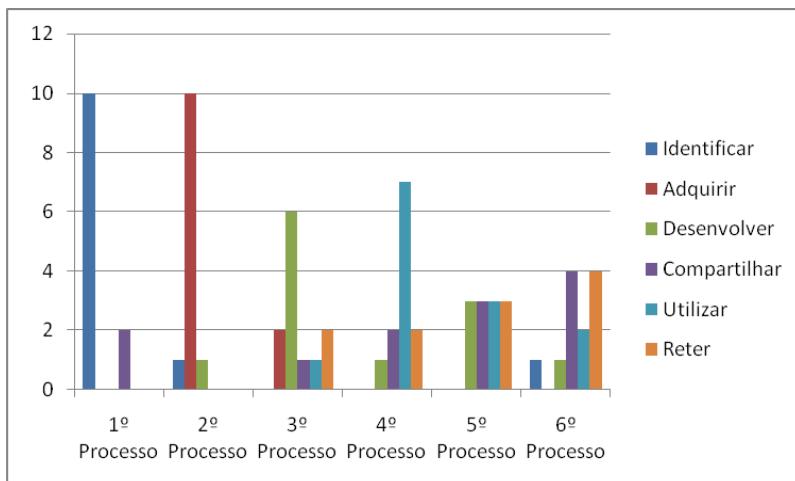
Fonte: Elaborado pelo autor, 2015.

Outra questão observada é que algumas dessas práticas são desenvolvidas na equipe de modo não sistematizado, sem a preocupação de se fazer a gestão do conhecimento existente, desenvolvido ou adquirido. Contudo, é consenso entre os profissionais da EMAPFC que o conhecimento existente no grupo precisa ser compartilhado com os colegas e desenvolvido dentro da própria equipe. Nesse caso, as reuniões semanais e as trocas de mensagens por e-mail são consenso como recursos relevantes para a melhoria do atendimento aos pacientes portadores de fibrose cística.

Para finalizar a entrevista, questionou-se ainda quanto à relevância dos processos de GC de modo a identificar se este ciclo tem um fluxo pré-definido para os entrevistados. Foi solicitado que os respondentes apontassem a ordem de importância de tais processos segundo a prática do grupo. Apesar de não se ter consenso quanto à ordem de importância, todas as etapas anteriormente identificadas são apontadas como relevantes ao ciclo de GC em uma UH, considerando a realidade da especialidade pesquisada.

A identificação do conhecimento é indicada como o primeiro processo para 83% dos entrevistados. A aquisição do conhecimento é apontada como segundo processo, também por 83% dos especialistas. O terceiro processo, citado por 50% dos entrevistados, é o desenvolvimento do conhecimento. A utilização do conhecimento fica em quarto lugar, considerada por 58% dos entrevistados. Já o quinto processo se distribui igualmente, com 25% das opiniões para os processos de reter, compartilhar, utilizar e desenvolver o conhecimento, todos na mesma proporção. E, por fim, retenção e compartilhamento do conhecimento são considerados como processos finais do ciclo, segundo 33% dos entrevistados. Esses dados podem ser melhor visualizados no gráfico 2.

Gráfico 2 - Ordem de relevância dos processos de GC segundo os entrevistados



Fonte: Dados primários, 2015.

Segundo a EMAPFC, os processos de GC recorrentes na UH em estudo podem ser ordenadas em quatro fases definidas: identificar, adquirir, desenvolver e utilizar o conhecimento. Já as etapas de retenção e compartilhamento não tem sua relevância ordenada na opinião da equipe, exigindo buscar apoio na literatura especializada para a ordenação que possibilite alcançar o melhor resultado esperado. Desta forma, utiliza-se a definição de Probst, Raub e Romhardt (2002, 35) para auxiliar na organização destes processos de GC, assim tem-se que "a retenção do conhecimento depende do uso eficiente de uma grande variedade de meios de armazenagem na organização." Logo, entende-se que neste processo de GC a retenção ocupa a ultima posição no ciclo.

4.2 MODELO DE GESTÃO DO CONHECIMENTO PARA A UNIDADE HOSPITALAR

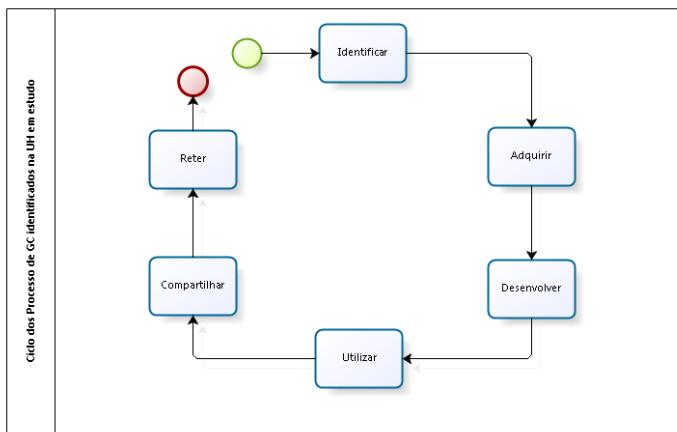
A proposição de um modelo de GC para a UH em estudo tem o intuito de contribuir com a prática clínica, uma vez que o conhecimento existente, adquirido e desenvolvido pode ser potencializado se compartilhado, promovendo um atendimento clínico de maior qualidade.

Para atender esta proposta, objetivo desta pesquisa de dissertação de mestrado, elaborou-se a proposição de um modelo. Entende-se, neste estudo, modelo como "uma abstração formal e, como tal, passível de ser manipulada, transformada e recomposta em combinações infinitas" e como uma proposta "que visa colocar em operação propriedades de um sistema representado" (SANTAELLA, 2010, p. 31).

Com base nessa definição e considerando a última questão da entrevista realizada com os membros da EMAPFC, concluiu-se que a GC na UH em estudo, a partir da realidade observada, deve contemplar estes seis processos, já apontados no quadro 2: **identificação do conhecimento**, indicado como primeiro processo; **aquisição do conhecimento**, como segundo processo; **desenvolvimento do conhecimento**, como terceiro processo; **utilização do conhecimento**, como quarto processo; **compartilhamento e retenção do conhecimento**, citados com a mesma frequência nas entrevistas, respectivamente definidos como quinto e sexto lugares.

Desta forma, a partir da análise dos resultados, identificou-se o ciclo dos processos de GC relevante para a UH em análise, a partir da literatura. Sendo assim, com base nos resultados elaborou-se a figura 2.

Figura 2 - Ciclo dos processos de GC identificados na UH em estudo



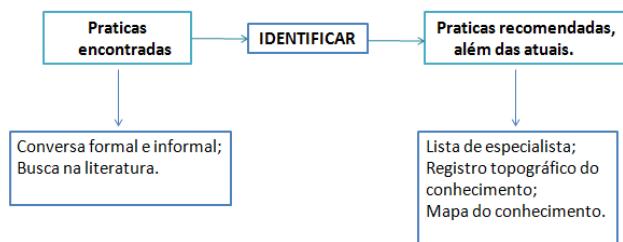
Fonte: Elaborado pelo autor, 2015.

Com base na análise dos dados e considerando o ciclo de GC proposto considera-se importante definir cada processo demonstrado na figura, com base no cenário de estudo.

- **Identificar o conhecimento:** é processo que contribui para a visibilidade, entre os membros de uma UH, do conhecimento existente em certa área, sobre um determinado assunto. que facilitem a visualização de quem detém o conhecimento necessário, evitando a perda de tempo para executar este processo. Como citado na entrevista a equipe utiliza da conversa formal e informal, com membros da equipe, e assim constroem seu referência de quem utilizar para suprir os conhecimentos faltantes sobre determinado assunto e buscam a literatura

médica para identificar, fora da UH, o conhecimento necessário. Porém, com base no quadro 7, organizado a partir da APO (2009) e Probst, Raub e Romhardt (2002), sugere-se três proposições para potencializar este processo de identificação do conhecimento. Uma proposição é criar uma lista de especialista, da unidade ou por especialidade, indicando quais problemas este profissional está apto a contribuir na solução. Outra proposição é a criação de um registro topográfico do conhecimento existente na equipe, por especialidade, de modo a contribuir com uma rápida observação de onde buscar o conhecimento necessário. Outra proposição para potencializar o processo de identificação do conhecimento é por meio da criação de um mapa do conhecimento que disponibilize fontes de conhecimento tanto na equipe, como na organização e/ou fora dela. Para organizar este processo elaborou-se a figura 3.

Figura 3 - Identificação do conhecimento na UH em estudo



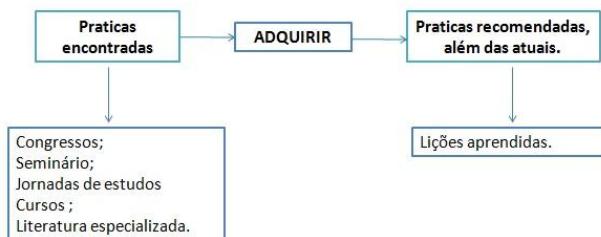
Fonte: Elaborado pelo autor, 2015.

Este processo, como os demais apresentados nesta proposta de modelo de GC, tem a proposição de contribuir com questões que possibilitem a melhoria continuada no atendimento ao paciente fibrocístico.

- **Adquirir o conhecimento:** é um processo relacionado à necessidade de se suprir *gaps* internos do conhecimento. Pode ocorrer de diferentes formas, como: participação em congressos, seminários e jornadas de estudo na área; realização de cursos; pesquisas na literatura especializada. Estas práticas eventualmente apresentam periodicidade pré-definida, através de calendários anuais de cada especialidade clínica, sendo a participação vinculada a disponibilidade do membro da equipe poder participar. Segundo APO (2009) e Probst, Raub e Romhardt (2002) considera-se que outras formas relevantes de se adquirir conhecimento, neste cenário de estudo, para desenvolver as ações da equipe seria através da técnica chamada de lições aprendidas que permite aos participantes de técnica descubram o que foi adquirido em determinado evento que um membro da equipe participou. Logo, sugere-se que os membros que tenham adquirido um novo conhecimento relate aos demais integrantes da equipe, através de uma apresentação, por exemplo, os novos conhecimentos, como estes podem ser utilizados, quais barreiras e facilitadores

foram identificados e quais os benefícios trarão aos pacientes. Cada membro torna-se responsável por relatar à equipe o novo conhecimento. Sugere-se que esta prática seja realizada num período de até um mês de modo a evitar-se perda nos detalhes do novo conhecimento. Para este processo sugere-se a disposição de práticas organizada na figura 4.

Figura 4 - Aquisição do conhecimento na UH em estudo

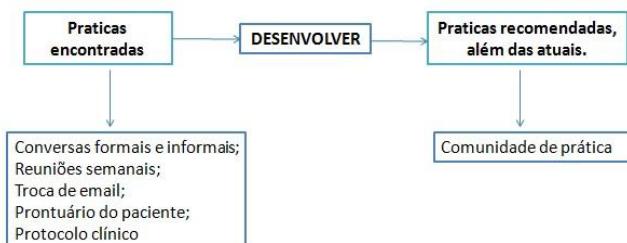


Fonte: Elaborado pelo autor, 2015.

- **Desenvolver o conhecimento:** este processo se refere ao desenvolvimento de novas ações, habilidades e ideias em busca da melhoria na prática clínica é compreendido como um dos mais importantes do processo de GC. Esse processo é potencializado, na UH em estudo, por meio de práticas constantes, como: conversas formais nas reuniões semanais e conversas informais que acontecem com uma periodicidade constante, em determinadas situações diariamente; trocas de mensagens por *e-mail*; registros nos prontuários do paciente

para registro das ações desenvolvidas nos cuidados de cada paciente; bem como por meio do desenvolvimento de um protocolo clínico. Observa-se nas respostas a atual predisposição para desenvolver novas práticas que possibilitem a melhoria na qualidade de vida dos pacientes com fibrose cística, o que facilita o desenvolvimento de novos conhecimentos que trarão benefícios aos pacientes. Neste sentido a criação de uma comunidade de prática pode ser entendida como técnica de aprimoramento do conhecimento, segundo APO (2009) e Probst, Raub e Romhardt (2002). Para tanto, pode-se utilizar da interação pessoal como realizada nas reuniões presenciais e das ferramentas *online* onde deixam de existir as barreiras de tempo e espaço possibilitando maior flexibilidade para o desenvolvimento do conhecimento pela equipe. Sugere-se que esta ação seja coordenada por um membro da equipe. Estas reuniões devem seguir uma periodicidade que como identificado na pesquisa esta frequência de encontro pode ser mantida como uma por semana, número considerado pela equipe suficiente para manter o aprimoramento e desenvolvendo de novos conhecimentos. Para melhor entendimento desta discussão apresenta-se a figura 5.

Figura 5 - Desenvolvimento do conhecimento na UH em estudo

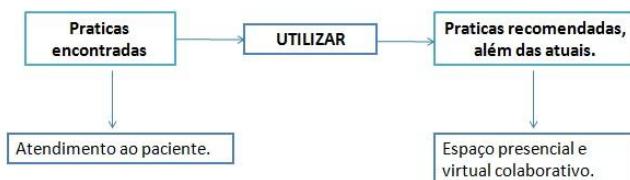


Fonte: Elaborado pelo autor, 2015.

- **Utilizar o conhecimento:** esse processo pode ser entendido como o objeto central da GC, pois é o momento em que o grupo aplica na prática clínica o conhecimento identificado, adquirido e desenvolvido. Ocorre por meio de ações e procedimentos diretamente relacionados ao atendimento do paciente que é diário independente da especialidade, tornando assim o uso do conhecimento peça fundamental para sua melhora e estabilidade. Logo, considera-se que é neste processo da GC que os demais processos são potencializados, pois se o conhecimento não for utilizado perde seu valor e todo o processo é desperdiçado. Assim, sugere-se, com base APO (2009) e Probst, Raub e Romhardt (2002), a necessidade de se sistematizar um espaço presencial e virtual colaborativo de forma que o maior número possível de membros possam utilizá-lo quando for necessário de maneira simples e rápida. Considera-se que as ferramentas *on-line* são potenciais

para criar mecanismos que possibilitam uma comunicação e uso do conhecimento existente entre os membros da equipe, a qualquer hora e local. Como descrito na figura 6.

Figura 6 - Utilização do conhecimento na UH em estudo

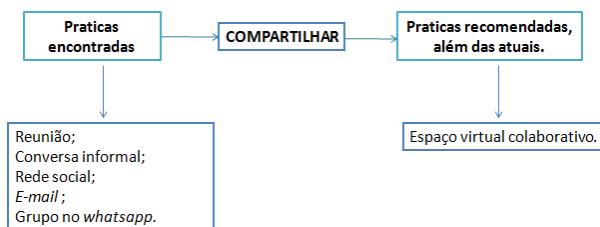


Fonte: Elaborado pelo autor, 2015.

- **Compartilhar o conhecimento:** este processo está diretamente relacionado à ampliação do conhecimento existente no grupo. O compartilhamento do conhecimento é comumente efetivado, na UH em análise, por práticas como: reuniões; conversas informais; uso de mídias digitais (redes sociais, e-mail e grupo no aplicativo Whatsapp). Contudo, observa-se também neste processo a falta de uma sistematização, pois as respostas obtidas não são unânimes entre os participantes tendo respondentes que mencionam apenas um dos meios citados como processo de compartilhar o conhecimento entre a equipe e alguns deles apontaram diferentes meios. Desta maneira, infere-se a possibilidade de

organização de um espaço virtual colaborativo para o compartilhamento eficaz e de fácil acesso entre os membros da equipe, como elencado por APO (2009) e Probst, Raub e Romhardt (2002). Para esta prática considera-se importante se ter um membro responsável que tenha as capacidades técnicas necessárias para unir em um ambiente *on-line* os conhecimentos necessários a atualização de todos os membros. Entende-se que a periodicidade desta prática deva ser, no mínimo, semanal para atualizar este ambiente visto o constante desenvolvimento do conhecimento na área da saúde. Esta organização esta apresentada na figura 7.

Figura 7 - Compartilhamento do conhecimento na UH em estudo



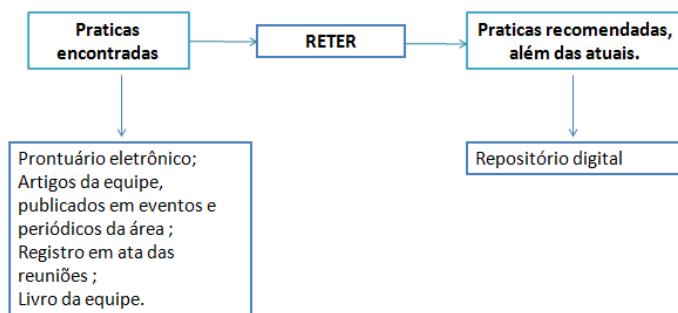
Fonte: Elaborado pelo autor, 2015.

- **Reter o conhecimento:** este processo permite armazenar o conhecimento presente no ciclo. É necessária a adoção de meios de armazenamento e de ações que estimulem esse processo. Nesse caso, identificaram-se como prática, a partir das

entrevistas: registros em prontuário eletrônico; divulgação e publicação de artigos da equipe em eventos e periódicos da área; registros em ata das reuniões periódicas; atualização de um livro da equipe, já publicado, sobre fibrose cística. Estas formas de registro do conhecimento existente entre os membros da equipe não garantem de maneira prática e segura a sua preservação, segundo a literatura. Ao citarem que se utilizam de vários meios para reter o conhecimento evidenciam a possibilidade de fragmentação do mesmo, pois utilizam meios distintos e ao mesmo tempo podem estar realizando o trabalho em duplicidade, o que gera perda de tempo. Assim, a partir da discussão apresentada por APO (2009) e Probst, Raub e Romhardt (2002), propõe-se a criação de um ambiente *on-line*, que sirva como repositório digital, que possibilite reter o conhecimento gerado pelos membros da equipe. Esta prática contribui que o conhecimento não seja fragmentado e permite ainda evitar-se a duplicidade do serviço tendo em vista um único local para armazenar e acessar o conhecimento. Logo, percebe-se a necessidade da nomeação de um membro para gerir este processo e sua ferramenta. A periodicidade deste acompanhamento deve ser constante, pois como já citado em outros processos o conhecimento adquirido, utilizado, desenvolvido e compartilhado pelos diversos membros se dá de modo

constante. Assim, o uso das ferramentas *on-line* pode ser considerado como um facilitador na retenção e acesso do conhecimento necessário à melhoria da prática clínica. Para melhor desta discussão organizou-se a figura 8.

Figura 8 - Retenção do conhecimento na UH

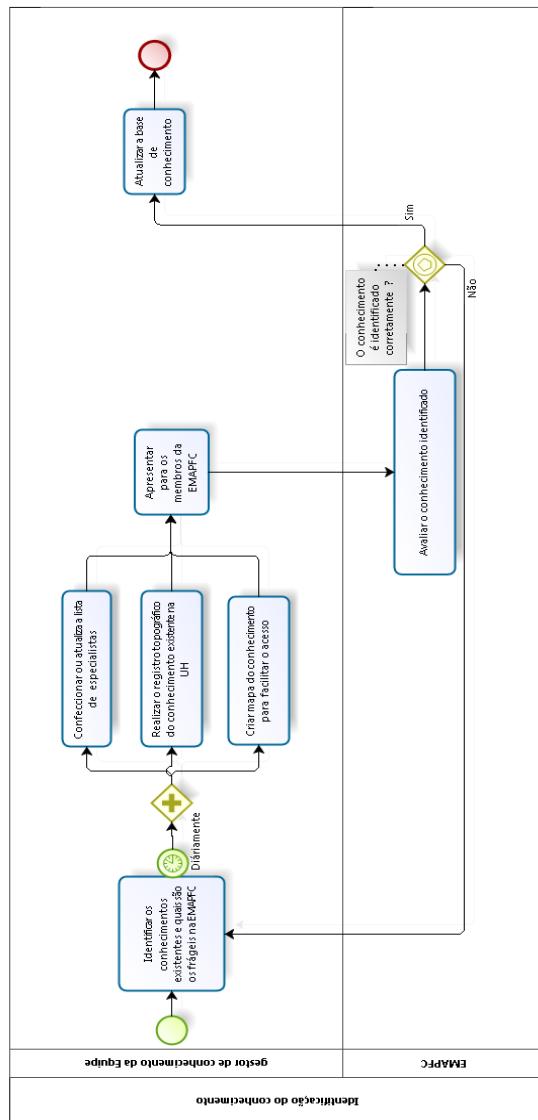


Fonte: Elaborado pelo autor, 2015.

Com base na análise, percebe-se que a GC em uma UH não acontece de modo estanque. Ela é cíclica, contínua e pode ter sua ordem oscilando entre os processos previstos conforme necessidade e a relevância do conhecimento em questão.

Neste sentido, tem-se claro que os processos de GC para uma UH, a partir do cenário em estudo e dos resultados obtidos, contribuíram para a construção da proposição do modelo de GC aqui apresentado e descrito, conforme ilustra as figuras de 9 a 14.

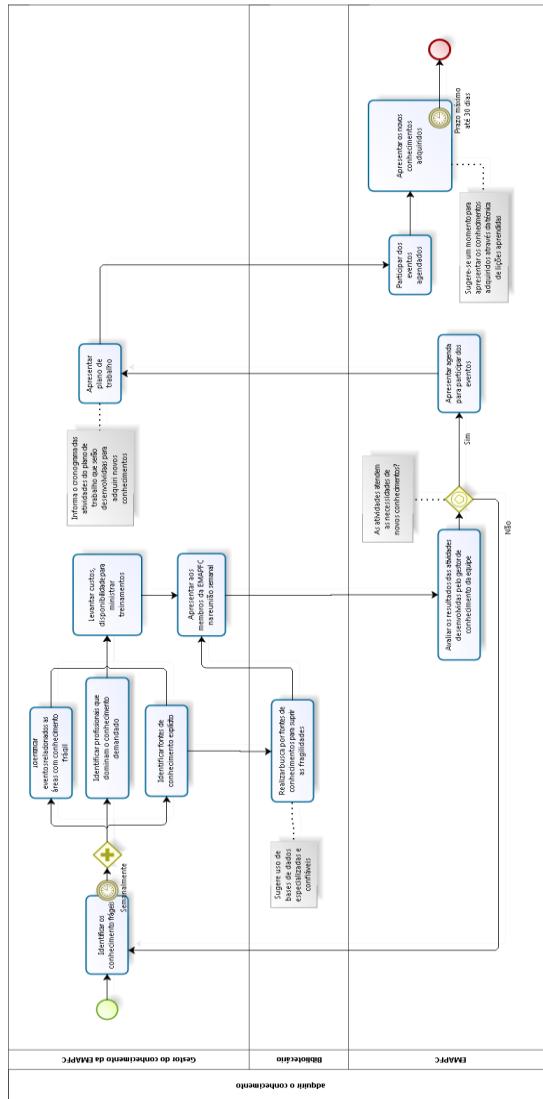
Figura 9 – Processo de identificação do conhecimento para UH



Fonte: Elaborado pelo autor, 2015.

O processo de **identificação** do conhecimento inicia-se com o gestor do conhecimento da EMAPFC observando a necessidade de identificar os conhecimentos existentes e quais são os frágeis na equipe. Esta tarefa deve ser realizada diariamente visto o constante avanço na área médica. Para realizar esta identificação sugere-se: confeccionar ou atualizar uma lista de especialistas; realizar o registro topográfico do conhecimento existente na UH; e criar o mapa do conhecimento para facilitar o acesso. Após estas tarefas o considera-se relevante que o gestor do conhecimento apresente para os membros da EMAPFC o conhecimento identificado. Na sequência os membros devem avaliar este conhecimento de modo a perceber se o conhecimento identificado atende a necessidades da equipe. Considerando que os membros estejam de acordo sugere-se que o conhecimento identificado seja então incluso na base de dados garantindo sua constante atualização. Contudo, se o conhecimento identificado não esteja de acordo com a necessidade da equipe é necessário reiniciar o ciclo envolvido no processo de identificação do conhecimento seguindo até a avaliação da equipe considerar aprovado.

Figura 10 – Processo de aquisição do conhecimento para UH

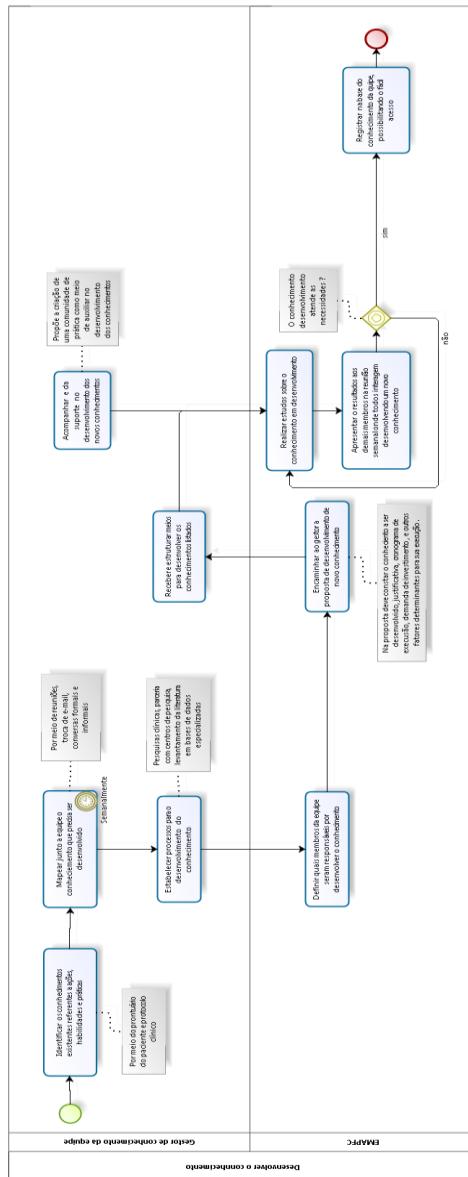


Fonte: Elaborado pelo autor, 2015.

O processo de **aquisição** do conhecimento inicia-se com a identificação dos conhecimentos frágeis na EMAPFC. Sugere-se que este processo seja realizado semanalmente. Para identificar a necessidade de aquisição sugerem-se três tarefas: identificação de eventos relacionados as áreas com conhecimento frágil; identificação de profissionais que dominam o conhecimento demandado; e identificação de fontes de conhecimento explicitado. Para realizar a identificação do conhecimento explícito o gestor pode solicitar o auxílio do bibliotecário da UH, que irá sugerir fontes de conhecimento confiáveis a partir da busca em base de dados especializadas. Após a realização destas tarefas sugeridas para suprir a necessidade do conhecimento que foi identificado como frágil na equipe e precisa ser adquirido é importante que o gestor faça um levantamento prévio dos custos e/ou identifique a disponibilidade dos profissionais que dominam o conhecimento para capacitar os membros da EMAPFC na reunião semanal. Nesta reunião os membros irão avaliar as atividades desenvolvidas pelo gestor, caso não atendam o gestor realiza novamente as atividades anteriores de modo a suprir a real necessidade existe para aquisição do conhecimento. Caso as atividades atendam as necessidades os membros apresentam sua agenda e disponibilidade para participar dos eventos sugeridos, por exemplo. A partir desta situação sugere-se que o gestor apresente aos membros da equipe um plano de trabalho para que se possa fazer a aquisição necessária do conhecimento. Como, considera-se que nem todos os membros poderão participar da agenda

proposta sugere-se como atividade complementar para a aquisição do conhecimento a apresentação dos novos conhecimentos dos novos conhecimentos adquiridos aos demais membros. Sugere-se que este conhecimento seja apresentado nas reuniões através da técnica de lições aprendidas, num período de até 30 dias após participação do evento ou capacitação de modo a potencializar a troca dos novos conhecimentos.

Figura 11 – Processo de desenvolvimento do conhecimento para UH

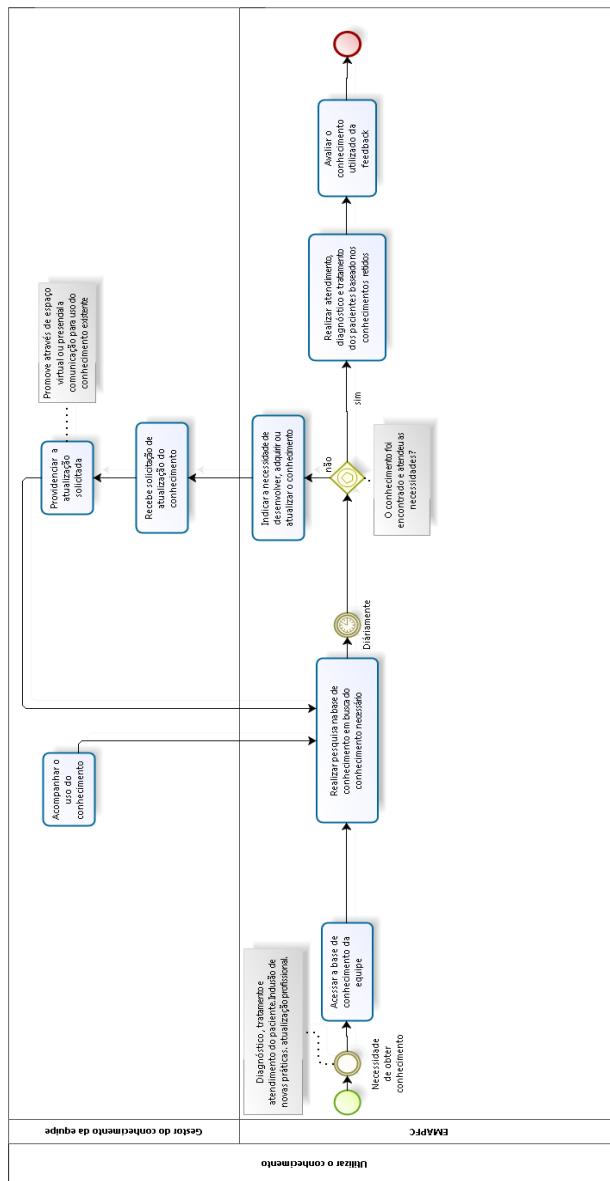


Fonte: Elaborado pelo autor, 2015.

O processo de **desenvolvimento** do conhecimento da EMAPFC inicia-se com a identificação dos conhecimentos existentes referentes a ações, habilidade e práticas realizadas por meio de observação do prontuário do paciente e protocolo clínico. A partir desta prática considera-se relevante que o gestor do conhecimento faça o mapeamento, junto a equipe, sobre o conhecimento a ser desenvolvido. Esta atividade pode ser realizada semanalmente por meio de conversas informais e formais, reunião da equipe ou troca de e-mail. Identificado o conhecimento a ser desenvolvido considera-se necessário que o gestor estabeleça o processo para o desenvolvimento do conhecimento que pode ser através de pesquisas clínicas, parcerias com centros de pesquisa e levantamento da literatura em bases de dados especializadas esta que pode contar com o auxilio do bibliotecário da UH. Foi isso é relevante para organização e realização do processo que se defina quais membros da equipe serão responsáveis por desenvolver o conhecimento. Definido os membros estes devem elaborar e encaminhar ao gestor a proposta de desenvolvimento de novo conhecimento. Nesta proposta deve constar o conhecimento a ser desenvolvido, justificativa, cronograma, demanda de investimento e outros fatores determinantes para sua execução. Então, o gestor recebe a proposta e estrutura meios para desenvolver os conhecimentos listados e buscando a qualidade do processo é importante acompanhar e dar suporte ao desenvolvimento dos novos conhecimentos. Uma atividade que pode colaborar com esta tarefa é a criação de uma comunidade de prática para auxiliar no

desenvolvimento. Dando sequencia ao processo de desenvolvimento do conhecimento faz-se necessário que os membros, responsáveis pelo processo, realizem estudos sobre o conhecimento em desenvolvimento, ao finalizar esta tarefa os responsáveis devem apresentam os resultados aos demais membros na reunião semanal onde todos interagem desenvolvendo um novo conhecimento. Ao fim desta tarefa é decidido se o conhecimento desenvolvido atende a necessidades da equipe. Em caso afirmativo, ou seja, considerando que o conhecimento desenvolvido é suficiente realiza-se o registro na base de conhecimento. Mas, caso o conhecimento desenvolvido ainda não esteja adequado a necessidade da equipe sugere-se a realização de novos estudos relacionados a necessidade do conhecimento a ser desenvolvido.

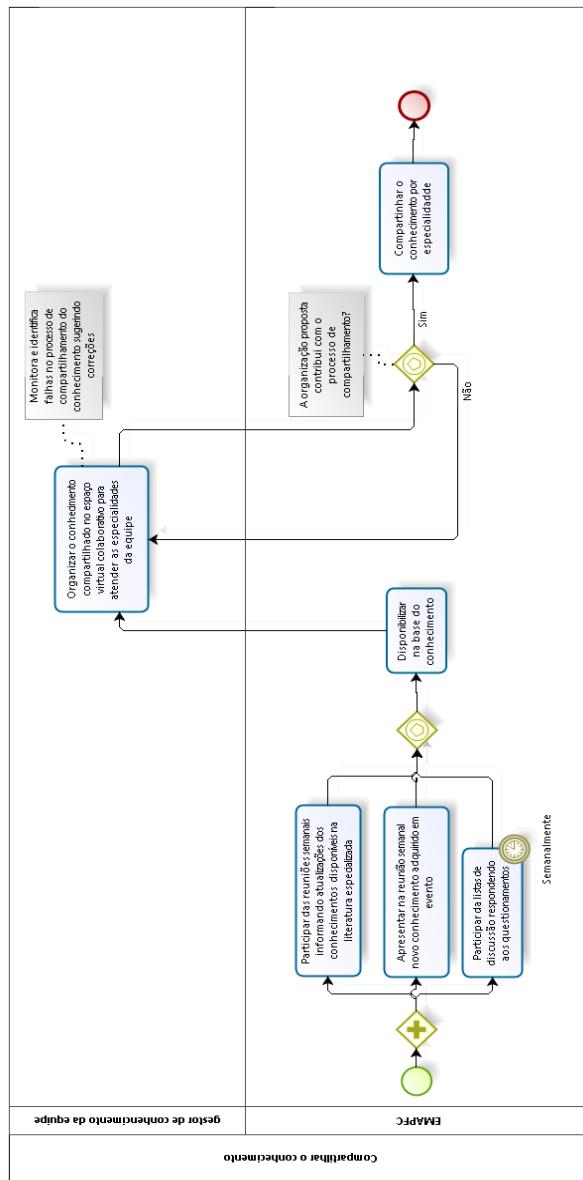
Figura 12 – Processo de utilização do conhecimento para UH



Fonte: Elaborado pelo autor, 2015.

O processo de **utilização** do conhecimento na EMAPFC inicia-se na necessidade de obter conhecimento para a realização de diagnóstico, tratamento e atendimento do paciente, bem como para inclusão de novas práticas ou atualização profissional. Sugere-se que a primeira tarefa para utilizar o conhecimento é buscar pelo acesso na base de conhecimento da equipe. Esta prática acontece diariamente em busca de conhecimentos necessários para realização das atividades o que permite realizar o atendimento, diagnóstico e tratamento dos pacientes a partir de conhecimentos já retidos. Mas, caso não seja identificado o conhecimento necessário para o uso sugere-se que seja feita a solicitação ao gestor do conhecimento da EMAPFC de modo a desenvolver, adquirir ou atualizá-lo. O gestor do conhecimento que recebe esta solicitação deve providenciar a solução para a necessidade e para tanto se considera relevante a promoção de um espaço virtual ou presencial para comunicação e uso do conhecimento existente. Finalizando este processo é realizada a avaliação do conhecimento e dado o *feedback*.

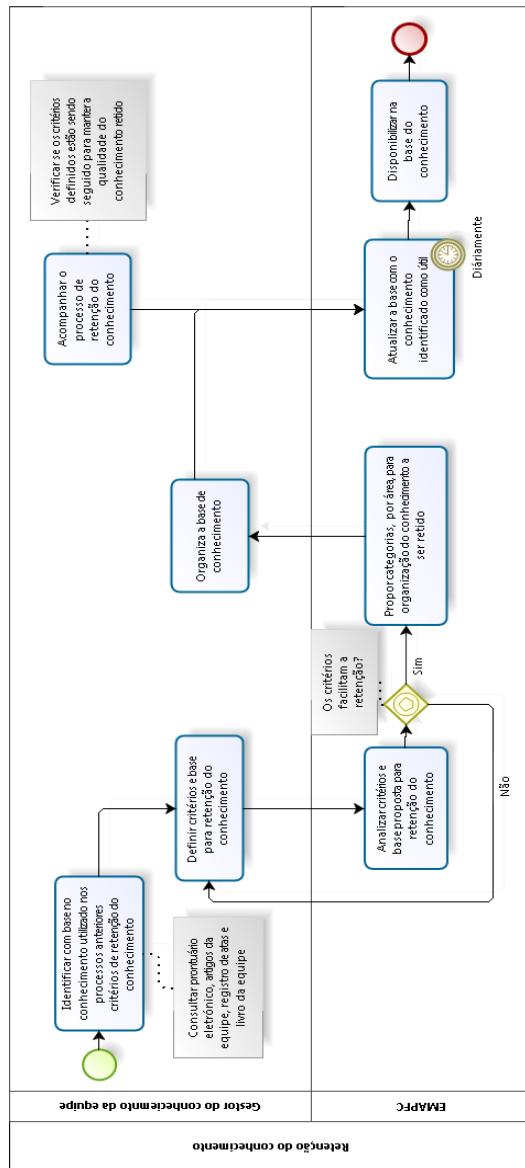
Figura 13 – Processo de compartilhamento do conhecimento para UH



Fonte: Elaborado pelo autor, 2015.

O processo de **compartilhamento** do conhecimento entre os membros da EMAPFC pode ser seu início relacionado a três tarefas: participação das reuniões semanais informando atualizações na literatura especializada; apresentação de novo conhecimento adquirido em evento; ou participando semanalmente de listas de discussão. Para que ocorra o compartilhamento sugere-se que estes novos conhecimentos sejam posteriormente disponibilizados na base de conhecimento pelos membros da EMAPFC. O gestor do conhecimento organiza este conhecimento compartilhado na base de conhecimento, monitorando e identificando falhas no processo de compartilhamento sugerindo correções, para melhor atender as especialidades da equipe. Na sequência a EMAPFC avalia se a organização proposta contribui com o processo de compartilhamento. A proposta sendo aceita como relevante o conhecimento é compartilhado, por especialidade. Contudo, caso a organização proposta não seja considerada relevante sugere-se que a tarefa seja refeita para que o compartilhamento seja efetivo à prática da equipe.

Figura 14 – Processo de retenção do conhecimento para UH



Fonte: Elaborado pelo autor, 2015.

O processo de **retenção** do conhecimento é iniciado pelo gestor do conhecimento que identifica com base nos conhecimentos utilizados nos processos anteriores critérios de retenção do conhecimento, para tanto pode ser realizada a consulta a: prontuário eletrônico, artigos da equipe, registro de atas e livro da equipe. Na sequência considera-se relevante que o gestor do conhecimento defina critérios e base para retenção do conhecimento identificado. A partir desta tarefa sugere-se que os membros da EMAPFC analisem a sugestão os critérios e base para retenção do conhecimento. Se os critérios sugeridos não facilitarem a retenção, de acordo com a prática da equipe, solicita-se ao gestor a definição de novos critério a serem analisados. Mas, os critérios sendo aprovados considera-se relevante a definição de categorias por áreas, segundo a necessidade e prática da equipe, para organização do conhecimento a ser retido. Assim, o gestor do conhecimento pode organizar a base de conhecimento, e acompanha o processo de retenção verificando se os critérios definidos estão sendo seguidos para manter a qualidade do conhecimento retido. E a EMAPFC fica responsável por atualizar a base com o conhecimento identificado como útil diariamente. Logo, a finalização do processo se dá quando o conhecimento retido é disponibilizado na base de conhecimento.

Este modelo de GC para UH contempla os seis principais processos identificados a partir da literatura e validados por meio da pesquisa realizada com entrevista junto aos integrantes da EMAPFC. O objetivo deste

modelo é contribuir para a melhoria da prática clínica uma vez que o conhecimento é a o ponto central para um atendimento de qualidade.

5 CONCLUSÕES

Apresentam-se, neste capítulo, as conclusões e as sugestões de estudos futuros resultantes desta pesquisa. Este estudo teve início na busca pela fundamentação teórica, seguida da relação dos procedimentos metodológicos adotados e da apresentação dos dados coletados.

5.1 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos últimos anos, as práticas de GC vêm sendo discutidas e implementadas em diferentes áreas de modo a potencializar as ações realizadas. Na área da saúde, percebeu-se, com base na literatura, que a discussão é nova, o que motivou esta análise aprofundada com base em um estudo de caso. Devido à importância da prática de GC para da saúde e à discussão ainda incipiente no Brasil, evidenciou-se a necessidade de se propor um modelo de GC para apoiar a prática clínica em uma UH.

Para se atingir o objetivo geral da pesquisa, definiram-se quatro objetivos específicos. O primeiro deles é compreender os modelos de processos de GC existentes. Nesse levantamento, foram apontadas diferentes definições e práticas segundo a literatura da área, o que compôs, assim, a fundamentação teórica. O segundo objetivo específico é identificar os processos de GC relacionados às práticas clínicas na UH em estudo. Nesse momento, por meio das entrevistas, os respondentes apontaram as práticas existentes bem como a ação de efetivação destas na UH. Ainda foi possível reconhecer o grau de prioridade para o grupo das práticas analisadas. O terceiro objetivo específico é a proposição de um modelo de GC adequado para o

apoio às práticas clínicas na UH em estudo, resultado possível da análise qualitativa das entrevistas, das ideias-chaves e da ideia central devidamente organizada em uma matriz problematizadora. E, por fim, o quarto objetivo específico é descrever os processos do modelo de GC proposto. Com base na discussão da literatura e nos resultados das entrevistas, apresentou-se o modelo de GC para a UH em estudo. Considera-se, então, que são seis os principais processos de GC e que esta acontece de modo cíclico e continuado, iniciando na identificação do conhecimento e seguindo com a aquisição, o desenvolvimento, a utilização, o compartilhamento e a retenção do conhecimento.

Portanto, pode-se afirmar que fatores como melhoria das práticas clínicas podem ser potencializados por meio de processos de GC, já que o conhecimento é fator relevante para o aprimoramento da prática clínica. Tal aperfeiçoamento interfere diretamente na qualidade do atendimento ao paciente. Logo, considera-se que as potencialidades que um modelo de GC apresenta podem ser promovidas em outras unidades hospitalares.

Por fim, destaca-se que o modelo proposto reflete as circunstâncias particulares da UH em análise, não se pretendendo generalizar para outros universos, mas sim apresentar um modelo de GC credível e potencialmente transferível à outra UH.

5.2 TRABALHOS FUTUROS

Durante a realização da presente pesquisa, foram identificadas algumas lacunas no que tange ao estudo de GC em uma UH. Nesse sentido, sugere-se a realização de pesquisas futuras que tenham como objetivo um ou mais dos itens a seguir.

- Validar o modelo proposto em outras UHs.
- Verificar quais ferramentas tecnológicas existentes no mercado aderem ao modelo de GC proposto.
- Mapear as principais práticas de GC em outras especialidades distintas.
- Identificar como as práticas de GC contribuem diretamente para a melhoria no atendimento do paciente.

Como o conhecimento é um importante recurso para o melhor atendimento do paciente, destaca-se a relevância de se ampliar a pesquisa sobre GC na área médica.

REFERÊNCIAS

- ABDUL RAHMAN, R. Knowledge sharing practices: a case study at Malaysia's healthcare research institutes. **International Information and Library Review**, v. 43, n. 4, p. 207-214, 2011. Disponível em: <<http://goo.gl/XwE68V>>. Acesso em: 5 fev. 2015.
- ALI, N. et al. The use of information technologies for knowledge sharing by secondary healthcare organisations in New Zealand. **International Journal of Medical Informatics**, v. 81, n. 7, p. 500-506, 2012. Disponível em: <<http://goo.gl/rk2zc0>>. Acesso em: 5 fev. 2015.
- ALMEIDA, M. de S. **Elaboração de projeto, TCC, dissertação e tese**: uma abordagem simples, prática e objetiva. São Paulo: Atlas, 2011.
- ALVARENGA NETO, R. C. D. de. **Gestão do conhecimento em organizações**: proposta de mapeamento conceitual integrativo. São Paulo: Saraiva, 2008.
- ARMOOGUM, K.; BUCHGEISTER, M. Factors affecting knowledge sharing in the radiotherapy department: the radiation physics team as a community of practice. **Journal of Radiotherapy in Practice**, v. 9, n. 1, p. 17-26, 2010. Disponível em: <<http://goo.gl/abtFF3>>. Acesso em: 5 fev. 2015.

BARNETT, S. et al. Implementing a virtual community of practice for family physician training: a mixed-methods case study. **Journal of Medical Internet Research**, v. 16, n. 3, 2014. Disponível em: <<http://goo.gl/mx7WmW>>. Acesso em: 22 fev. 2015.

BARROS, A. J. P. de; LEHFELD, N. A. de S. **Fundamentos de metodologia**. São Paulo: McGraw-Hill, 1986.

BARSON, R. et al. Inter and intra organizational barriers to sharing knowledge in the extended supply chain. In: **International Conference e2000 Conference Proceedings**, Madri, 18-20 de outubro de 2000. Disponível em: <<http://goo.gl/jPJI7gf>>. Acesso em: 14 mar. 2015.

BATISTA, F. F. et al. Gestão do conhecimento na administração pública. **Texto para discussão n. 1095**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. ISSN 1415-4765, 2005. Disponível em: <<http://goo.gl/usrDJf>>. Acesso em: 10 mar. 2015.

BEM, R. M.; PRADO, M. L.; DELFINO, N.. Desafios à implantação da gestão do conhecimento: a questão cultural nas organizações públicas federais brasileiras. **RDBCi**, v. 11, n. 2, p. 123-135, 2013. Disponível em: <<http://goo.gl/wW9F52>>. Acesso em: 4 jun. 2015.

BORBA, G. S. de; KLIEMANN NETO, F. J. Gestão hospitalar: identificação das práticas de aprendizagem existentes em hospitais. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.17, n.1, p. 44-60, 2008. Disponível em: <<http://goo.gl/94pFMs>>. Acesso em: 15 mar. 2015.

- BUNGE, M. **La ciencia**: su método y su filosofía. 2002. Disponível em:<<http://losdependientes.com.ar/uploads/fvh9eczoqu.pdf>>. Acesso em: 28 set.2014.
- CAVALCANTE, J. Análise das práticas de Gestão do Conhecimento em uma empresa de serviços de assessoria e educação profissional. **Qualit@s Revista Eletrônica**. v. 12. n. 2, 2011. Disponível em: <<http://goo.gl/OBIJ39>>. Acesso em: 4 jun. 2015.
- CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia científica**. 4.ed. São Paulo: Makron, 1996.
- CHOI, C. W. **A organização do conhecimento**: como as organizações usam a informação para criar significado, construir conhecimento e tomar decisões. São Paulo: Senac, 2003
- CHRISTENSEN, P. H. Knowledge sharing: moving away from the obsession with best practices. **The Journal of Knowledge Management**, v.11, p. 36-47, 2007.
- COSTA, F. S. S.; PIRES, H. A. C. O profissional da informação na área de saúde: habilidades e competências. **X EREBD - Encontro Regional de Estudantes de Biblioteconomia, Documentação, Ciência da Informação da Região Sudeste e Centro-Oeste**, out./nov. 2009. Disponível em: <<http://goo.gl/DPh4So>>. Acesso em: 18 out. 2014.
- CRESCÊNCIO, T.; DALFOVO, O.; AZAMBUJA, R. A.; DIAS, P. R. Gestão do conhecimento e inteligência competitiva. In: I Workshop de Computação da Região

Sul, 2004, Palhoça, Universidade do Sul de Santa Catarina. **Anais do I Workshop de Computação da Região Sul**, 2004, v. 1. p. 1-11. Disponível em: <<http://inf.unisul.br/~ines/workcomp/cd/pdfs/2892.pdf>>. Acesso em: 16 fev. 2015.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa**: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

DALKIR, K. **Knowledge management in theory and practice**. Boston: Elsevier, 2005.

DAVENPORT, T. H.; MARCHAND, D. A.; DICKSON, T. **Dominando a gestão da informação**. Porto Alegre: Bookman, 2004.

DAVENPORT, T. H.; PRUSAK, L. **Conhecimento empresarial**: como as organizações gerenciam o seu capital intelectual. Rio de Janeiro: Campus, 1998.

DAVILA, G. A. et al. O ciclo de gestão do conhecimento na prática: um estudo nos núcleos empresariais catarinenses. **Int. J. Knowl. Eng. Manage.**, Florianópolis, v. 3, n. 7, p. 43-64, fev. 2015. Disponível em: <<http://goo.gl/s5CjXy>>. Acesso em: 15 mar. 2015.

DEARING, J. W. et al. If we only knew what we know: principles for knowledge sharing across people, practices, and platforms. **Translational Behavioral Medicine**, v. 1, n. 1, p. 15-25, 2011. Disponível em: <<http://goo.gl/pF0QIq>>. Acesso em: 8 mar. 2015.

DIZON, D. S. et al. Practical guidance: the use of social media in oncology practice. **Journal of Oncology**

Practice, v. 8, n. 5, p. e114-e124, 2012. Disponível em: <<http://goo.gl/OjhdaC>>. Acesso em: 15 mar. 2015.

ELWYN, G.; TAUBERT, M.; KOWALCZUK, J. Sticky knowledge: a possible model for investigating implementation in healthcare contexts. **Implementation Science**, n. 2, v. 44, 2007. Disponível em: <<http://goo.gl/IgEdxh>>. Acesso em: 8 fev. 2015.

FIALHO, F. A. P. et al. **Empreendedorismo na era do conhecimento**. Florianópolis: Visual Books, 2007.

GARVIN, D. A. Construindo a organização que aprende. In: **Harvard Business Review**: gestão do conhecimento. 4. ed. Rio de Janeiro: Campus; 2000.

GNECCO JUNIOR, L. et al. Gestão do conhecimento: fatores críticos de sucesso. **Reuna**, v. 15, n. 1, 2010. Disponível em: <<http://goo.gl/Gfhofn>>. Acesso em: 12 fev. 2015.

GONÇALO, C. R.; BORGES, M. de L. Organizações de saúde intensivas em conhecimento: um estudo no contexto de serviços de alta complexidade. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 449-461, 2010.

GRANT, R. M. Shift in the world economy: the drivers of knowledge management. IN: DESPRES, C.; CHAUVEL, D. **Knowledge horizons**: the present and the promise of knowledge management. Boston: Butterworth-Heinemann, 2000, p. 27-53.

HERRERA, C. G. N. **El liderazgo en la gestión del conocimiento**. 2010. Disponível em: <<http://goo.gl/fj7gEk>>. Acesso em: 14 mar. 2015.

HIJG. Hospital Infantil Joana de Gusmão. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/hijg/>>. Acesso em: 15 jan. 2015.

JANSEN, M. W. et al. Working at the nexus between public health policy, practice and research: dynamics of knowledge sharing in the Netherlands. **Health Research Policy and Systems**, v. 10, 2012. Disponível em: <<http://goo.gl/OYri1G>>. Acesso em: 13 mar. 2015

KEMMIS, S.; McTAGGART, R. **Cómo planificar la investigación-acción**. Barcelona: Laertes, 1988.

LAIHONEN, H. Knowledge structures of a health ecosystem. **Journal of Health Organization and Management**, v. 26, n. 4, 2012. Disponível em: <<http://goo.gl/IoYbuo>>. Acesso em: 18 mar. 2015

LAKATOS, E. M., MARCONI, M. de A. **Metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

LAU, A. S. M. Hospital-based nurses' perceptions of the adoption of Web 2.0 tools for knowledge sharing, learning, social interaction and the production of collective intelligence. **Journal of Medical Internet Research**, v. 13, n. 4, 2011. Disponível em: <<http://goo.gl/IoYbuo>>. Acesso em: 12 mar. 2015.

LIN, Y.; RANJIT, K. M. E. Using social media to create virtual interest groups in hospital libraries. **Grey Journal**, v. 8, n. 1, p. 35-42, 2012. Disponível em: <<http://goo.gl/eUa45B>>. Acesso em: 12 dez. 2014.

LIN, C.; TAN, B.; CHANG, S. An exploratory model of knowledge flow barriers within healthcare organizations. **Information & Management**, v. 45, p. 331-339, 2008. Disponível em: <<http://goo.gl/vr8ldi>>. Acesso em: 9 abr. 2015.

LIU, F. C. et al. Team innovation climate and knowledge sharing among healthcare managers: mediating effects of altruistic intentions. **Chang Gung Medical Journal**, v. 35, n. 5, p. 408-412, 2012. Disponível em: <<http://goo.gl/fsqTKR>>. Acesso em: 18 fev. 2015.

LUDWIG NETO, N. (Coord.) **Fibrose cística:** enfoque multidisciplinar. Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, 2008.

LUNDVOLL NILSEN, L. Collaborative work by using videoconferencing: opportunities for learning in daily medical practice. **Qualitative Health Research**, v. 21, n. 8, p. 1147-1158, 2011. Disponível em: <<http://goo.gl/FGy4QZ>>. Acesso em: 24 jan. 2015.

MACEDO, M. et al. **Gestão do conhecimento organizacional**. Florianópolis: UFSC, 2010.

MACIAS-CHAPULA, C. A. O papel da informetria e da cienciometria e sua perspectiva nacional e internacional. **Ciência Informação**, v. 27, n. 2, Brasília, maio/ago. 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ci/v27n2/macias.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2014.

MATTERA, T. C. Gestão do conhecimento na prática. In: SOUTO, L. F. (Org.) **Gestão da informação e do conhecimento:** práticas e reflexões. Rio de Janeiro: Interciência, 2014.

MARR, B. et al. Intellectual capital and knowledge management effectiveness. **Management Decision**, 41/8, 2003. p. 771-781. Disponível em: <<http://goo.gl/9FB1ir>>. Acesso em: 22 jan. 2015.

MENDES, S. P. **Gestão do conhecimento individual**: a *physis*, o homem, o conhecimento e a gestão - uma abordagem filosófica. Florianópolis: Visual Books, 2005.

MOSCONI, E.; ROY, M. C. Linking knowledge management and organizational performance. **International Business Research**, v. 6, n. 9, **Canadian Center of Science and Education**, 2013. Disponível em:<<http://goo.gl/ibpYC8>>. Acesso em: 15 jan. 2015.

MYLLÄMIEMI, J. et al. Knowledge management practices in healthcare services. **Measuring Business Excellence**, v. 16, n. 4, p. 55-65, 2012. Disponível em: <<http://www.emeraldinsight.com/doi/abs/10.1108/13683041211276447>>. Acesso em: 13 fev. 2015.

NAVARRO, J. G. C.; CARRIÓN, G. C. How to implement a knowledge management program in hospital-in-the-home units. **Leadership in Health Services**, v. 23, n. 1 p. 46 -56, 2010.

NETO, R. C. O que é conhecimento? Sintetizando epistemologia, metodologia e teoria de sistemas em - uma nova proposição. **READ - Revista Eletrônica de Administração**, v. 8, n. 1, jan./fev. 2002. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/read/article/view/46555/28977>>. Acesso em: 8 fev. 2015.

NONAKA, I.; PELTOKORPI, V. Objectivity and subjectivy in knowledge: a review of 20 top articles. **Knowledge and Process Management**, Toronto, v. 13, n. 2, p. 73-82, abr./jun. 2006. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/kpm.251/abstract>>. Acesso em: 8 jan. 2015.

NONAKA, I.; TAKEUCHI, H. **Criação de conhecimento na empresa**: como as empresas japonesas geram a dinâmica da inovação. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

_____. **Gestão do conhecimento**. Porto Alegre: Bookman, 2008.

NORTH, K.; RIVAS, R. **Gestión del conocimiento**: una guía práctica hacia la empresa inteligente. Online: LibrosEnRed, 2008.

PACHECO, JOSÉ L. C. **Análise do setor de planos de saúde**: um estudo de caso com operadoras do Rio de Janeiro. Dissertação de Mestrado; Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil, 2005.

PONCHIROLI, O. FIALHO, F. A. P. Gestão estratégica do conhecimento como parte da estratégia empresarial. **Revista da FAE**, Curitiba, v. 8, n. 1, p. 127-138, jan./jun. 2005. Disponível em: <<http://goo.gl/saiHb1>>. Acesso em: 14 fev. 2015.

PROBST, G.; RAUB, S.; ROMHARDT, K. **Gestão do conhecimento**: os elementos construtivos do sucesso. Porto Alegre: Bookman, 2002.

QUINN, J. B. et.al. Gerenciando o intelecto profissional: extraindo o máximo dos melhores. In: **Harvard Business**

Review: gestão do conhecimento, p. 174-199. Rio de Janeiro: Campus, 2001.

RAMANADHAN, S. et al. Extra-team connections for knowledge transfer between staff teams. **Health Education Research**, v. 24, n. 6, p. 967-976, 2009. Disponível em: <<http://goo.gl/xNwJyq>>. Acesso em: 8 fev. 2015.

REBELLO, S. et al. Barreiras à implantação da gestão do conhecimento em organizações públicas. **CONTECSI - International Conference on Information Systems and Technology Management**, v.9, 2012. Disponível em:<<http://goo.gl/DRpOhx>>. Acesso em: 10 abr. 2015.

RIDDE, V. et al. Challenges of scaling up and of knowledge transfer in an action research project in Burkina Faso to exempt the worst-off from health care user fees. **BMC International Health and Human Rights**, v. 11, n. SUPPL. 2, 2011. Disponível em: <<http://goo.gl/KbGC4S>>. Acesso em: 2 mar. 2015.

ROLLEMBERG, M. H. G. Marcos institucionais de gestão do conhecimento no Ministério da Saúde. In: MOYA, J.; SANTOS, E. P. dos; MENDONÇA, A. V. M. (Org.) **Gestão do conhecimento em saúde no Brasil: avanços e perspectivas**. Brasília: Organização Panamericana da Saúde, 2009.

ROWLEY, J. The wisdom hierarchy: representations of the DIKW hierarchy. **Journal of Information Science**, n. 33 (2), 2007, p. 163-180.

SANTAELA, L. **Comunicação e pesquisa:** projetos para mestrado e doutorado. 2. ed. São José do Rio Preto, SP: Bluecom Comunicação, 2010.

SCHRÖEDER, C. da S.; ANTUNES, M. da P.; ANTUNES, L. de O. Gestão do conhecimento corporativo: um fator de competitividade para as organizações. **Revista de Administração Imed-RAIMED**, v. 1, n. 1, p. 29-53, dez. 2011. Disponível em: <<http://seer.imed.edu.br/index.php/raimed/article/view/69>>. Acesso em: 12 abr. 2015.

SILVEIRA, R. R. **Diretrizes para mitigar as barreiras à implementação da gestão do conhecimento em organizações.** 219f. Tese (Tese de Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia e Gestão do Conhecimento, UFSC, Florianópolis, Brasil, 2011. Disponível em: <<http://goo.gl/9YNgTE>>. Acesso em: 11 mar. 2015.

SOO, C. Knowledge management: philology processes and pitfalls, **California Management Review**, v. 44, n. 4, p. 129-151, 2002.

SPIEGLER, I. **Technology and knowledge:** bridging a “generating” gap. 2002. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com>>. Acesso em: 8 fev. 2015.

SPINAK, E. **Diccionário enciclopédico de bibliometría, cienciometría e informetría.** Caracas: UNESCO-CII/II, 1996.

STEIL, A. V. **Estado da arte das definições de gestão do conhecimento e seus subsistemas.** Florianópolis: Instituto Stela, 2007.

STEWART, S. A.; ABIDI, S. S. R. Applying social network analysis to understand the knowledge sharing behaviour of practitioners in a clinical online discussion forum.

Journal of Medical Internet Research, v. 14, n. 6, 2012.

Disponível em: <<http://goo.gl/BgaKIX>>. Acesso em: 22 fev. 2015.

SUMET, S. et al. Knowledge management model for quality improvement in the homodialysis unit of a non-profit private hospital, Bangkok, Thailand. **Leadership in Health Services**, v. 25, n. 4, p. 306-317, 2012.

Disponível em: <<http://goo.gl/umSBbG>>. Acesso em: 12 jan. 2015.

SVEIBY, K. E. **A nova riqueza das organizações**. Rio de Janeiro: Campus, 1998.

TEIXEIRA FILHO, J. **Gerenciando conhecimento:** como a empresa pode usar a memória organizacional e a inteligência competitiva no desenvolvimento dos negócios. Rio de Janeiro: Senac, 2000.

THOBEN, K. D.; WEBER, F.; WUNRAM, M. Barriers in knowledge management and pragmatic approaches.

Studies in Informatics and Control, v. 11, n. 1, p. 7-15, 2002.

URQUHART, R. et al. A community of practice for knowledge translation trainees: an innovative approach for learning and collaboration. **Journal of Continuing Education in the Health Professions**, v. 33, n. 4, p. 274-281, 2013. Disponível em: <<http://goo.gl/tdpnfy>>. Acesso em: 27 fev. 2015.

VALENTIM, M. L. P. Gestão da informação e do conhecimento em ambientes organizacionais.

Tendências da Pesquisa Brasileira em Ciência da Informação, João Pessoa, v. 1, n. 1, 2008. Disponível em:

<<http://inseer.ibict.br/ancib/index.php/tpbci/article/view/110/151>>. Acesso em: 15 dez. 2014.

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

WICKRAMASINGHE, N. et al. A systematic approach: optimization of healthcare operations with knowledge management. **Journal of Healthcare Information Management- JHIM**, v. 23, n. 3, 2009. Disponível em: <<http://scddm.quosavl.com/ddm/scopus.jsp>>. Acesso em: 23 jan. 2015.

WIEMKEN, T. L. et al. Evaluation of the knowledge-sharing social network of hospital-based infection preventionists in Kentucky. **American Journal of Infection Control**, v. 40, n. 5, p. 440-445, 2012. Disponível em: <<http://goo.gl/seZw4g>>. Acesso em: 26 jan. 2015.

WILLIAMS, C. Can you help me? Knowledge sharing within the nursing profession. **Nursing for Women's Health**, v. 17, n. 2, p. 139-142, 2013.

WILSON, T. D. Information sharing: an exploration of the literature and some propositions. **Information Research**, v. 15, n. 4, 2010. Disponível em: <<http://goo.gl/7hnZcW>>. Acesso em: 22 jan. 2015.

YOUNG, R. **Knowledge management:** tools and techniques manual. Asian productivity organization. Tóquio, 2010. Disponível em: <<http://goo.gl/L2B8Md>>. Acesso em: 12 dez. 2014.

ZACK, M. H. Developing a knowledge strategy. **California Management Review**, v. 41, Spring, p. 125-145, 1999.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada **GESTÃO DO CONHECIMENTO EM UNIDADES HOSPITALARES**, sob responsabilidade do pesquisador Marcelo Ladislau da Silva, orientado pelo Professor Doutor Júlio da Silva Dias e coorientado pelo Professor Doutor Jordan Paulesky Juliani, vinculados ao Programa de Pós-graduação em Gestão da Informação da Universidade do Estado de Santa Catarina (Udesc).

Trata-se de uma dissertação que tem como objetivo, após a identificação dos processos utilizados pelos participantes desta pesquisa, propor um modelo de gestão do conhecimento que possibilite um melhor desenvolvimento das práticas clínicas bem como a melhoria dos serviços prestados aos portadores de fibrose cística.

Sua participação na pesquisa é voluntária, podendo optar por participar ou não, bem como retirar o seu consentimento a qualquer momento, sem qualquer implicação para você. Caso concorde em participar da pesquisa, receberá este termo em duas vias, que devem ser assinadas. Você ficará com uma dessas vias e o pesquisador, com a outra.

A pesquisa é constituída de duas partes: a primeira visa coletar dados socioprofissionais dos participantes e a segunda parte apresenta as perguntas da entrevista.

A entrevista será individual, gravada em meios digitais, sendo realizada em local e horário indicados, conforme sua disponibilidade. Os dados serão transcritos na íntegra e revisados minuciosamente, comparando-se o texto com o áudio. Os dados serão utilizados em

produções acadêmicas, como apresentações em eventos e publicações em periódicos científicos. Não haverá qualquer custo ou forma de pagamento pela sua participação na pesquisa.

Destaco que esta pesquisa não terá risco potencial para os participantes, porém, ao relembrar de situações vivenciadas, poderão sentir desconforto emocional.

Para garantir o anonimato e o sigilo das informações, você não será identificado e os dados ficarão sob minha guarda pelo prazo legal de cinco anos e, após esse prazo, os dados serão destruídos. Se você necessitar de mais esclarecimentos ou, durante o estudo, quiser retirar o seu consentimento, sinta-se à vontade para entrar em contato comigo pelo e-mail marceloposudesc@gmail.com ou pelo telefone 48-9992-0817.

Declaro que, após convenientemente esclarecido(a) pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, concordo livremente com a minha inclusão na pesquisa e concordo com a divulgação pública dos resultados.

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Data: ____/____/2015.

Nome do(a) participante:

RG:

CPF:

Assinatura do participante:

Assinatura do pesquisador:

APÊNDICE B - Roteiro de entrevista

Gestão do Conhecimento (GC) em unidade hospitalar

Prezado especialista, quero convidá-lo a colaborar com esta pesquisa, que tem por objetivo identificar os processos existentes na sua unidade hospitalar. Com a descrição desses processos e com base na sua análise, será proposto um modelo de gestão do conhecimento para esta unidade hospitalar, visando à melhoria das práticas clínicas. Para tanto, definiu-se, com base na literatura, os principais processos de GC.

Entende-se GC como um método integrado de identificação, aquisição, desenvolvimento, compartilhamento, utilização e retenção do conhecimento.

Sua participação é de suma importância para esta pesquisa de mestrado do Programa de Pós-graduação em Gestão da Informação da Universidade Estadual de Santa Catarina (Udesc), sob a orientação do Prof. Dr. Júlio da Silva Dias e coorientação do Prof. Dr. Jordan Paulesky Juliani.

Atenciosamente,
Marcelo Ladislau da Silva.

Identificação do entrevistado

Entrevistado número: _____

Cargo/Função: _____

Tempo de atuação na função no HIJG
() ano(s) () mês(meses)

Gestão do conhecimento

Identificação - tem como principal característica promover a visibilidade interna do conhecimento.

1. Você consegue identificar na UH os especialistas que detêm o conhecimento de que você necessita?

- () Sim, como?
- () Não, por quê?

2. O conhecimento para sanar suas dúvidas na UH, para um procedimento clínico, é facilmente obtido?

- () Sim, como?
- () Não, por quê?

Aquisição - tem como principal característica suprir possíveis gaps do conhecimento.

3. Existem práticas de aquisição externa do conhecimento?

- () Sim, como? *Workshop*, evento, contratação de especialista.
- () Não se busca por novos conhecimentos fora da UH.

Desenvolvimento - tem como principal objetivo a criação interna de novas habilidades, ideias, práticas, processos.

4. Existe momento na sua UH que propicie o desenvolvimento de novos conhecimentos?

- () Sim, como?
- () Não, por quê?

5. Há ações que promovam a transformação do conhecimento tácito em explícito pelos membros desta UH?

- Sim, como?
- Não, por quê?

Compartilhamento - uma prática que permite disseminar o conhecimento desenvolvido no grupo.

6. O conhecimento é facilmente compartilhado na sua UH?

- Sim, como?
- Não, por quê?

6.1 Se sim: Com que frequência o conhecimento é compartilhado?

Utilização - consiste em usar os novos conhecimentos na prática clínica.

7. Você considera que a sua UH utiliza o conhecimento adquirido?

- Sim, como?
- Não, por quê?

8. Existe um ambiente ou procedimentos/manuais que facilitem o uso do conhecimento?

- Sim, quais?
- Não, por quê?

Retenção - tem como objetivo a preservação e o armazenamento de uma memória organizacional.

9. Na sua UH, existem práticas de retenção de conhecimento, por exemplo, se um colaborador sai da unidade?

- () Sim, como?
() Não, por quê?

10. O conhecimento adquirido e desenvolvido é registrado de modo a reter e facilitar seu acesso?

- () Sim, como?
() Não, por quê?

Geral

10. Quais processos de GC você considera mais relevantes para a sua UH? Em que ordem de relevância?

- () Identificação do conhecimento
() Aquisição do conhecimento
() Desenvolvimento do conhecimento
() Compartilhamento do conhecimento
() Utilização do conhecimento
() Retenção do conhecimento

ANEXO A - Cadastro da pesquisa na Plataforma Brasil

27/05/2015

Plataforma Brasil

Saude



Marcelo Ladislau da Silva | Pesquisador | v1.31
Sua última login em: Terça, 11/06/2013

Controles																	
Você está em: Pesquisador > Gerir Pesquisa GERIR PESQUISA Para cadastrar um novo projeto, clique aqui: Nova Submissão Para cadastrar projetos aprovados anteriores à Plataforma Brasil, clique aqui: Projeto anterior																	
Projetos de Pesquisa: Título da Pesquisa: <input type="text"/> Número CAAE: <input type="text"/> Pesquisador Responsável: <input type="text"/> Última Modificação: <input type="text"/> Tipo de Submissão: <input type="button" value="Selecionar"/> Palavra-chave: <input type="text"/>																	
Situação da Pesquisa <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"> <input checked="" type="checkbox"/> Marcar Todas <input checked="" type="checkbox"/> Aguardando para Tramitar <input checked="" type="checkbox"/> Aprovado <input checked="" type="checkbox"/> com aprovação Ética <input checked="" type="checkbox"/> Em Edição <input checked="" type="checkbox"/> Em Revisão e Validação Documental <input checked="" type="checkbox"/> Não Aprovado - Não Cabe Recurso </td> <td style="width: 50%;"> <input checked="" type="checkbox"/> Não Aprovado na CONEP <input checked="" type="checkbox"/> Não Aprovado no CEP <input checked="" type="checkbox"/> Pendência Documental Emitida pela CONEP <input checked="" type="checkbox"/> Pendência Documental Emitida pelo CEP <input checked="" type="checkbox"/> Pendência Emitida pelo CONEP <input checked="" type="checkbox"/> Pendência Emitida pelo CEP </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <input checked="" type="checkbox"/> Recurso Não Aprovado no CEP <input checked="" type="checkbox"/> Recurso Submetido ao CEP <input checked="" type="checkbox"/> Recurso Submetido à CONEP <input checked="" type="checkbox"/> Retirado <input checked="" type="checkbox"/> Retirado pelo Centro Coordenador </td> </tr> </table>		<input checked="" type="checkbox"/> Marcar Todas <input checked="" type="checkbox"/> Aguardando para Tramitar <input checked="" type="checkbox"/> Aprovado <input checked="" type="checkbox"/> com aprovação Ética <input checked="" type="checkbox"/> Em Edição <input checked="" type="checkbox"/> Em Revisão e Validação Documental <input checked="" type="checkbox"/> Não Aprovado - Não Cabe Recurso	<input checked="" type="checkbox"/> Não Aprovado na CONEP <input checked="" type="checkbox"/> Não Aprovado no CEP <input checked="" type="checkbox"/> Pendência Documental Emitida pela CONEP <input checked="" type="checkbox"/> Pendência Documental Emitida pelo CEP <input checked="" type="checkbox"/> Pendência Emitida pelo CONEP <input checked="" type="checkbox"/> Pendência Emitida pelo CEP	<input checked="" type="checkbox"/> Recurso Não Aprovado no CEP <input checked="" type="checkbox"/> Recurso Submetido ao CEP <input checked="" type="checkbox"/> Recurso Submetido à CONEP <input checked="" type="checkbox"/> Retirado <input checked="" type="checkbox"/> Retirado pelo Centro Coordenador													
<input checked="" type="checkbox"/> Marcar Todas <input checked="" type="checkbox"/> Aguardando para Tramitar <input checked="" type="checkbox"/> Aprovado <input checked="" type="checkbox"/> com aprovação Ética <input checked="" type="checkbox"/> Em Edição <input checked="" type="checkbox"/> Em Revisão e Validação Documental <input checked="" type="checkbox"/> Não Aprovado - Não Cabe Recurso	<input checked="" type="checkbox"/> Não Aprovado na CONEP <input checked="" type="checkbox"/> Não Aprovado no CEP <input checked="" type="checkbox"/> Pendência Documental Emitida pela CONEP <input checked="" type="checkbox"/> Pendência Documental Emitida pelo CEP <input checked="" type="checkbox"/> Pendência Emitida pelo CONEP <input checked="" type="checkbox"/> Pendência Emitida pelo CEP																
<input checked="" type="checkbox"/> Recurso Não Aprovado no CEP <input checked="" type="checkbox"/> Recurso Submetido ao CEP <input checked="" type="checkbox"/> Recurso Submetido à CONEP <input checked="" type="checkbox"/> Retirado <input checked="" type="checkbox"/> Retirado pelo Centro Coordenador																	
<input type="button" value="Buscar Projeto de Pesquisa"/> <input type="button" value="Limpar"/>																	
Projeto de Pesquisa: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Tipo</th> <th>Número CAAE</th> <th>Título da Pesquisa</th> <th>Pesquisador Responsável</th> <th>Versão</th> <th>Última Modificação</th> <th>Situação</th> <th>Gestão da Pesquisa</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>P</td> <td>45238115.5.0000.5361</td> <td>(Gestão do conhecimento em unidades hospitalares)</td> <td>Marcelo Ladislau da Silva</td> <td>1</td> <td>27/05/2015</td> <td>Aprovado</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Tipo	Número CAAE	Título da Pesquisa	Pesquisador Responsável	Versão	Última Modificação	Situação	Gestão da Pesquisa	P	45238115.5.0000.5361	(Gestão do conhecimento em unidades hospitalares)	Marcelo Ladislau da Silva	1	27/05/2015	Aprovado	
Tipo	Número CAAE	Título da Pesquisa	Pesquisador Responsável	Versão	Última Modificação	Situação	Gestão da Pesquisa										
P	45238115.5.0000.5361	(Gestão do conhecimento em unidades hospitalares)	Marcelo Ladislau da Silva	1	27/05/2015	Aprovado											

Este sistema foi desenvolvido para os navegadores Internet Explorer (versão 7 ou superior),
ou Mozilla Firefox (versão 9 ou superior).