

A gestão do conhecimento como elemento facilitador para melhoria de processos em serviços de saúde: um estudo de caso

Benjamin Salgado Quintans¹

Resumo:

O estudo apresenta uma análise da contribuição da gestão do conhecimento para a melhoria de processos em uma organização, através de um estudo de caso envolvendo a unidade de tratamento intensivo do Hospital Espanhol, instituição privada e filantrópica, localizada na cidade do Rio de Janeiro, tendo como base o modelo da espiral do conhecimento de Nonaka e Takeuchi (1997). Os procedimentos metodológicos são baseados na elaboração de questionário e na sua aplicação através da realização de entrevistas com especialistas e no levantamento de elementos básicos relativos à área hospitalar, assim como na revisão da literatura referente ao tema de estudo. Como resultados desta pesquisa, conclui-se que a vantagem competitiva existe, sim, no prestador que possuir profissionais mais qualificados e que estejam atualizados. Porém, as informações absorvidas pelos médicos, na maioria das vezes, são canalizadas única e exclusivamente para a melhoria da eficiência dos processos e não da eficácia e, apesar de haver uma busca constante de atualização sobre os processos de tudo o que está sendo feito e discutido pelos outros médicos e hospitais, os prestadores de serviço médico-hospitalar ainda não descobriram como gerenciar a criação de inovações no tratamento de seus pacientes de forma a transformar este conhecimento tácito e uma vantagem competitiva explícita.

Palavras-chave: Gestão do Conhecimento. Melhoria do processo. Gestão hospitalar.

Abstract:

This study describes the results of an investigation carried out to access improvements at organization's processes that employs knowledge's management. It was developed at the intensive care unit belonging to the Spain Hospital which is a private and philanthropic institution located at the states of Rio de Janeiro's capital. This work employed the knowledge's spiral described by Nonaka e Takeuchi (1997) as the critical model of questionnaire. The methodology was based on reviewing the literature related to knowledge in interviews of experts to find out which were the basic elements for the hospital's area. As results of this research concluded that the competitive advantage that

¹ Mestre em Sistemas de Gestão (UFF). E-mail: quintansbenjamin@gmail.com

there is no provider has more qualified professionals and are updated. However, the information absorbed by doctors, in most cases, are channeled solely for the improvement of the efficiency of the processes and not the effectiveness and even though there is a constant search to update on the process of all that is being done and discussed the other doctors and hospitals, the providers of medical service and hospital have not yet discovered how to manage the creation of innovations in the treatment of their patients in order to turn this tacit knowledge and explicit competitive advantage.

Keywords: Management of Knowledge. Improvement of the process. Hospital management.

1. Introdução

1.1. Considerações Iniciais

Desde a década de 80, as organizações têm experimentado mudanças significativas nos seus ambientes de negócios, destacando-se as alterações da política e da economia globais, que trazem abertura de mercados, competição globalizada, ampla desregulamentação de indústrias e os avanços nas tecnologias de informação e telecomunicações, alterando as limitações de espaço e tempo nos negócios e facilitando o acesso a informações, serviços e redes de distribuição (NADLER; TUSHMAN, 1999).

Com o advento da chamada economia do conhecimento, as preocupações com o desenvolvimento da melhoria contínua e do aprendizado, que há muito vinham frequentando o pensamento estratégico das organizações, em iniciativas esparsas, adensaram-se na forma de questões centrais para a moderna gestão organizacional. Tal posicionamento mantém forte vínculo com o ritmo de mudanças hoje verificado nos ambientes de negócios.

A Sociedade da Informação surge nos anos 40 com a revolução da informática e o desenvolvimento da Tecnologia da Informação, gerando sistemas baseados na inteligência artificial e na automação de tarefas, nas quais as máquinas passaram a exercer funções executadas antes pelos homens (CAVALCANTE; GOMES; PEREIRA, 2001).

Com o advento da Sociedade do Conhecimento, as empresas passaram a basear suas riquezas em valores intangíveis, superando tradicionais empresas seguidoras do modelo da Sociedade Industrial (SECA; RIVEROLA, 2004).

Neste contexto, o conhecimento humano passa a ser o mais valioso dos ativos intangíveis, pois ele promove ações, desenvolvendo conexões fundamentais para a criação e a inovação.

1.2. Formulação da Situação Problema

Segundo Quelhas e Mesquita (2007), os esforços para compreender o processo produtivo, conhecer suas peculiaridades e buscar soluções com redução de custo e tempo de produção ou de incremento da produtividade dos recursos, permitem à organização adquirir competência para, continuamente, prover de recursos de melhoria contínua sua operação.

A gestão dos processos e do conhecimento influem na competitividade das organizações, pois com seus sistemas e com o conhecimento do processo, viabilizam e tornam exequíveis princípios de gestão que visam à excelência e à busca contínua por melhorias.

Embora a gestão do conhecimento já faça parte de muitos discursos organizacionais e até mesmo se expresse em algumas práticas da gestão hospitalar, nem sempre o resultado desta gestão é percebido como fonte de inovação, criação de valor e vantagem competitiva. Para muitas organizações, principalmente, na área hospitalar, as iniciativas para a gestão do conhecimento parecem iniciativas isoladas de áreas funcionais, não sendo raro observar esforços de departamentos de Recursos Humanos ou de Tecnologia da Informação.

Desta forma, sendo o conhecimento parte essencial para toda a organização, surge o problema de como as organizações estão lidando com a gestão do conhecimento e de que forma as organizações estão transformando o conhecimento em verdadeira fonte de inspiração e de vantagem competitiva. Ou seja, como a gestão do conhecimento pode impactar na melhoria dos processos de trabalho.

Para melhor compreensão da situação problema, seguem algumas questões do estudo:

- 1 - Quais as abordagens na gestão do conhecimento? O que é gestão do conhecimento e como ela é abordada no modelo da espiral do conhecimento?
- 2 - De que forma uma organização de serviços hospitalares pode utilizar o modelo da espiral do conhecimento na melhoria dos processos?

1.3. Objetivos e Delimitação da Pesquisa

O objetivo deste trabalho é compreender a contribuição da espiral do conhecimento de Nonaka e Takeuchi (1997) para a melhoria dos processos de trabalho.

Este estudo aborda as características da gestão de serviços hospitalares e identifica os aspectos da gestão do conhecimento e da melhoria de processos.

Como contribuição, procura-se analisar como os profissionais prestadores de serviço na área hospitalar podem se qualificar como trabalhadores do conhecimento descritos em Nonaka e Takeuchi (1997) e exercer sua profissão com base em credenciais que se certificam como a aquisição e posse de conhecimentos especializados (MACHADO, 2001).

Segundo Prade (2004), a qualidade da assistência na área hospitalar está sob uma cortina, porque é intangível e encontra sua origem na subjetividade do profissional.

Esse trabalho encontra relevância ao investigar como a espiral do conhecimento pode auxiliar na capacidade da Unidade estudada em criar novos processos, se difundindo na organização hospitalar como um todo e criando novas formas de tratar o paciente, visto que uma série de processos analisados e reconhecidos como “a melhor prática” está sendo cada vez mais codificada em formulários de guias de práticas clínicas e protocolos, que dirigem a entrega do cuidado de saúde (CANONGIA; PEREIRA; MENDES; ANTUNES, 2004).

Esta pesquisa não objetiva aprofundar-se em estudos sobre gestão hospitalar. Apesar do local da pesquisa ser uma unidade de terapia intensiva, ou seja, uma unidade hospitalar específica, o objetivo da pesquisa é compreender

como a espiral do conhecimento de Nonaka e Takeuchi (1997) permite ao gestor analisar e conhecer melhor o processo de gestão e criação do conhecimento. Não cabe a esta pesquisa analisar os critérios acadêmicos de aceite no setor de saúde, mas, sim, como a experiência do profissional de saúde é trabalhada para se transformar em conhecimento para a empresa.

2. Revisão da Literatura

2.1. Gestão do Conhecimento

Era do Conhecimento constitui-se numa confluência revolucionária de mudanças tecnológicas, que está montando o palco para um ambiente novo, dentro e fora das organizações, no qual os indivíduos disporão de mais informação do que em qualquer outra época da humanidade, e os serviços constituirão a atividade econômica principal.

Segundo Hertog e Huizenga (2000), o conhecimento é um conceito autoevidente e, portanto, difícil de definir. A busca por uma definição de conhecimento é um assunto que tem mantido ocupadas muitas escolas filosóficas desde a Antiguidade.

Segundo Augier e Vendelo (1999), em ambientes com elevadas mudanças tecnológicas, o conhecimento fica sujeito à distorção e à incerteza, podendo comprometer o nível de competitividade, frente a maior interação das organizações com outras partes externas, servindo-se das redes como forma de adequar a estrutura organizacional à necessidade por mais estabilidade e previsibilidade.

De acordo com Naisbitt (1994), sempre que uma nova tecnologia é introduzida na sociedade, ela é contrabalançada por uma resposta humana. Quanto mais avançada a tecnologia, maior é a demanda por se aumentar o contato humano e compensar a natureza impessoal da tecnologia. Exemplos disso são as organizações em que coexistem a implantação de robôs de alta tecnologia com o desenvolvimento de times de trabalho.

No ambiente organizacional, o conhecimento passa a funcionar como um capital estratégico, havendo o surgimento de empreendimentos comerciais baseados exclusivamente no manuseio de informações-chave.

No modelo de geração de conhecimento de Nonaka e Takeuchi (1995), segundo o mecanismo da espiral do conhecimento, a diferença entre conhecimento explícito e conhecimento tácito é a essência do seu funcionamento. O conhecimento de natureza tácita é extremamente pessoal, difícil de formalizar e de comunicar. Nonaka recorda Polanyi (1967), que dizia “nós podemos conhecer mais do que aquilo que podemos contar”.

A gestão do conhecimento, compreendendo o capital intelectual, a gestão da organização que aprende e a gestão de competências, relaciona-se essencialmente com a comunicação, em suas acepções psicossociológica e tecnológica. A comunicação é hoje decisiva na gestão empresarial e em sua busca por maior produtividade do trabalho (SANTOS,2003).

Dessa forma, segundo os autores mencionados, o conhecimento retido pelas pessoas precisa ser administrado, cabendo ao gerente compreender que a capacidade de gerenciar o intelecto humano e de convertê-lo em produtos e serviços úteis está rapidamente tornando-se a habilidade executiva mais importante dentro da organização. Esta constatação aponta, como consequência, o aumento de interesse pelo capital intelectual, pela criatividade, pela inovação e pela organização que saiba gerar e armazenar o conhecimento. Mas, surpreendentemente, muito pouco esforço é verificado nas organizações para o alcance da eficácia no gerenciamento do intelecto profissional (WONG; ASPINWALL, 2005).

2.2. Gestão do Conhecimento como Processo

A gestão do conhecimento caracteriza-se como ferramenta que permite o estudo dos mapeamentos dos processos para geração do conhecimento. Segundo Spek e Spijkervet (1995), ela é central para a criação dos processos da organização em que o novo conhecimento será desenvolvido e, conseqüentemente, distribuído aos que dele necessitarem para a realização de

suas atribuições. Deve, portanto, estar acessível à futura utilização, inclusive à coletiva, na qual os campos de conhecimento são combinados. Além disso, devem, também, atuar como um fluxo ou um processo contínuo em uma organização.

O processo de gestão do conhecimento, segundo Sprenger (1995), realiza-se em quatro fases: a primeira é a da habilidade de absorção, de assimilação de um novo conhecimento, e requer a contribuição do conhecimento estratégico para execução das atividades centrais para o negócio e para o desenvolvimento das correspondentes competências; a segunda é a da difusão da capacidade, que envolve a troca de conhecimento; a terceira, a da geração de conhecimento, que significa desenvolver novo conhecimento por meio dos conhecimentos já existentes; e por fim, a última fase, a da extração, na qual o conhecimento é aplicado em nome da organização.

Para Diepstraten (1996), a criação do conhecimento em uma organização, por meio de um mapeamento de processos, compreende sete fases: a extração de conhecimento para adicionar valor aos clientes; o desenvolvimento de um novo conhecimento; a disseminação, a associação ou a combinação de diferentes conhecimentos; a documentação de conhecimento para que este esteja sempre disponível; sua distribuição; e o uso do conhecimento e aquisição de conhecimento pelos fornecedores.

Neste quadro, a Gestão do conhecimento é compreendida como conjunto visível do desenho e dos princípios organizacionais, processos, estruturas, aplicações e tecnologias que ajudam os “trabalhadores do conhecimento” a alavancar a criatividade e habilidade para adicionar valor ao negócio. É uma disciplina que promove uma aproximação integrada e colaborativa para criação, captura, organização, acesso e uso da informação. Constitui-se, assim, em um processo de negócio para o gerenciamento empreendedor de ativo intelectual.

A gestão do conhecimento compreende, também, uma rede de valor que inclui as seguintes fases: determinar o conhecimento de acordo com a estratégia da organização; listar os conhecimentos disponíveis; desenvolver conhecimento; aplicar e avaliar o valor do conhecimento para o negócio. Assim, a gestão é vista como um processo contínuo e cíclico por sua própria natureza. Segundo Gurteen

(1998), tem-se um processo de negócio para o gerenciamento empreendedor de ativo intelectual como uma disciplina que promove uma aproximação integrada e colaborativa para criação, captura, organização, acesso e uso da informação.

Tais ativos incluem: base de dados estruturada; informações textuais como políticas e documentos de procedimento; e, mais importante, o conhecimento tácito e a experiência de cada um dos empregados (HARRIS et al, 1999).

A gestão do conhecimento está relacionada à criação de conhecimento, assim, focaliza a liberação da capacidade de criar e inventar pessoas que podem usar o que conhecem para desenvolver capacidades, melhorar práticas e processos, e desenvolver melhores produtos para atender aos clientes.

Para Zolingen, Streumer e Stooker (2001), a gestão do conhecimento é caracterizada por um processo cíclico que consiste de cinco fases: aquisição; estabelecimento; disseminação; desenvolvimento e aplicação.

Adquirir conhecimento significa, nessa concepção, incorporar novo conhecimento à organização. Para isso, somente o conhecimento e as estratégias são importantes para a execução das atividades centrais do negócio e o desenvolvimento das competências-chave da organização. Estabelecer conhecimento significa: tornar o conhecimento explícito, disponível e acessível, podendo ser apropriado pelas pessoas em qualquer tempo e lugar. Disseminá-lo significa: envolver todos que dele necessitam para realizar suas atividades. Desenvolvê-lo representa: gerir novos conhecimentos por meio da combinação de elementos novos, insights e, assim, obter novos conhecimentos. Já a aplicação diz respeito ao uso do conhecimento em nome do negócio.

2.3. Gestão do Conhecimento como Agente de Criação do Conhecimento Organizacional

A criação do conhecimento organizacional é um conceito elaborado por Nonaka e Takeuchi em *Criação de Conhecimento na Empresa* (1997). Para os autores, a criação do conhecimento é uma interação contínua e dinâmica entre o conhecimento tácito, que é pessoal, específico ao contexto e, assim, difícil de ser formulado e comunicado, e o conhecimento explícito, que é o conhecimento

transmissível em linguagem formal e sistemática. Esta interação é moldada pelas mudanças em quatro modos de conversão do conhecimento:

- 1) Socialização (conhecimento compartilhado): é um processo de compartilhamento de experiências, ou seja, o treinamento prático é a experiência profissional sendo compartilhada entre todos na organização.
- 2) Externalização (conhecimento conceitual): é um processo de articulação do conhecimento tácito em conceitos explícitos. Segundo os autores, este processo é a chave para a criação do conhecimento, pois cria conceitos novos e explícitos a partir do conhecimento tácito. Este processo de conversão ocorre com a utilização de metáforas, analogias ou modelos.
- 3) Combinação (conhecimento sistêmico): é um processo de sistematização de conceitos em um sistema de conhecimento, envolvendo a combinação das mais diversas formas de conhecimento explícito, como por exemplo: documentos, reuniões etc.
- 4) Internalização (conhecimento operacional): é o processo de incorporação do conhecimento explícito no conhecimento tácito. Caracteriza-se pela internalização da base do conhecimento tácito dos indivíduos sob a forma de modelos mentais ou de *know-how* técnico compartilhado. Pode ser descrito como a experiência conquistada pelo profissional, analisada com os outros processos e sendo transformada em experiência real. É o conhecimento tácito acumulado e explicitado, pronto para gerar novos conhecimentos através da experiência; por isso, está intimamente relacionada com o “aprender fazendo”, iniciando novamente a espiral do conhecimento.

Segundo Nonaka e Takeuchi (1997), para que uma organização ofereça um contexto apropriado para facilitação das atividades do grupo, criação e acúmulo de conhecimento em nível individual e, conseqüentemente, a espiral do conhecimento, são necessárias cinco condições:

1. A intenção, ou seja, a aspiração de uma organização às suas metas. Normalmente assumindo a forma de estratégia, do ponto de vista da criação do conhecimento organizacional, a essência da estratégia está no desenvolvimento da capacidade organizacional de adquirir, criar, acumular e explorar o conhecimento.

2. A autonomia, onde todos os membros de uma organização devem agir de forma autônoma conforme as circunstâncias, pois, desta forma, ao permitir a autonomia a organização, as chances de introduzir oportunidades inesperadas são ampliadas, aumentando também a possibilidade de os indivíduos se automotivarem para criar novo conhecimento.

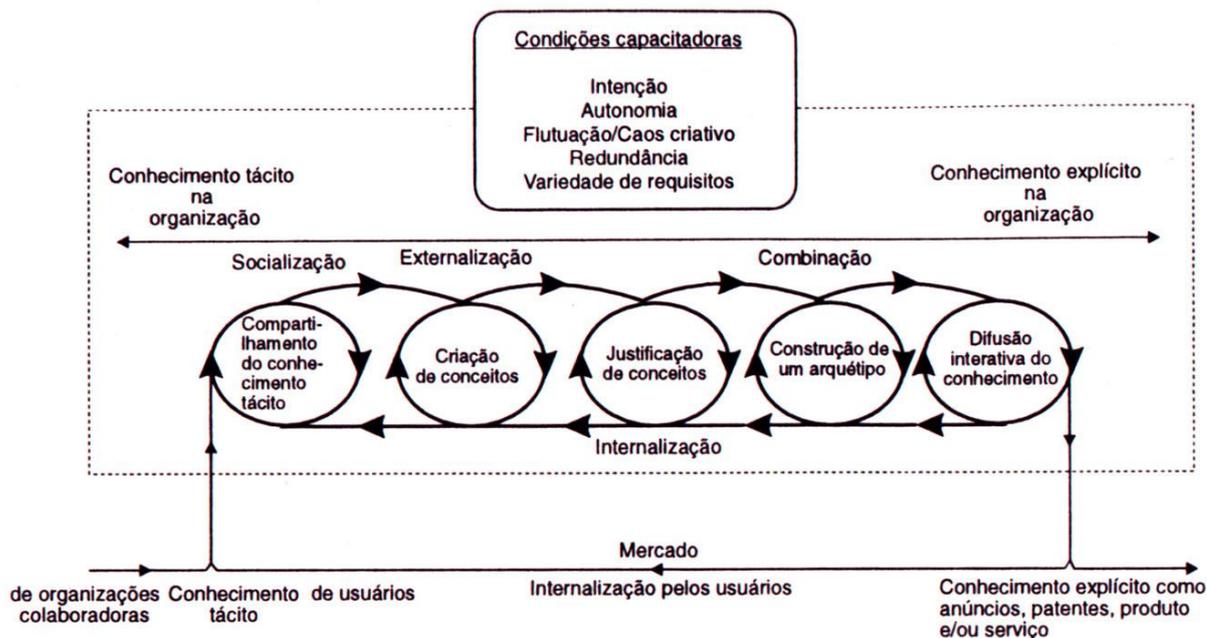
3. A flutuação e o caos criativo que estimulam a interação entre a organização e o ambiente externo. A flutuação na organização pode precipitar o caos criativo, que induz e fortalece o compromisso subjetivo do indivíduo.

4. A redundância possibilita que a espiral do conhecimento ocorra em nível organizacional, visto que é preciso que um conceito criado por um indivíduo ou por outros indivíduos e que não seja entendido ou de utilidade imediata, deva ser explicado sempre que necessário, questionado, argumentado e acessível quando for necessário.

5. O compartilhamento de informações redundantes promove o compartilhamento de conhecimento tácito, pois os indivíduos conseguem sentir o que outros estão tentando expressar. Em suma, a redundância de informações precipita o “aprendizado por intrusão” na esfera de percepção de cada indivíduo.

O processo de criação do conhecimento compreende cinco fases: o compartilhamento do conhecimento tácito, a criação de conceitos, a justificação dos conceitos, a construção de um arquétipo e a difusão interativa do conhecimento (*cross-leveling of Knowledge*). Assim, o processo começa com o compartilhamento do conhecimento tácito, que corresponde à socialização, pois o conhecimento que é rico e que habita os indivíduos e precisa ser amplificado dentro da organização.

Figura 1 - Modelo de Cinco Fases do Processo de Criação do Conhecimento



Fonte: Nonaka; Takeuchi (1997)

Como exposto na Figura 1, numa segunda fase, o conhecimento tácito compartilhado, por exemplo, por uma equipe auto-organizada, é convertido em conhecimento explícito na forma de um novo conceito, num processo semelhante à externalização.

O conceito criado precisa ser justificado na terceira fase, na qual a organização determina se a validade de dar prosseguimento ao novo conceito.

Na quarta fase, os conceitos são convertidos em um arquétipo, que pode assumir a forma de um protótipo, no caso do desenvolvimento de um produto “concreto”, ou de um mecanismo operacional, em se tratando de inovações “abstratas”, constituindo-se em um novo valor da empresa, num sistema gerenciador inovador ou em uma nova estrutura organizacional.

A última fase amplia o conhecimento criado, por exemplo, em uma divisão a outras pessoas da mesma equipe, a outras divisões ou até aos componentes externos, constituindo o que chamamos de difusão interativa do conhecimento (*cross-leveling of Knowledge*). Esses componentes externos incluem clientes, empresas afiliadas, universidades e distribuidores.

Uma empresa criadora de conhecimento não opera em um sistema fechado, mas em sistema aberto, no qual existe um intercâmbio constante de conhecimento com o ambiente externo. Desse modo, o âmago do processo de criação do conhecimento organizacional ocorre no nível da equipe, mas a organização oferece os contextos ou dispositivos organizacionais que facilitam as atividades do grupo, bem como a criação e o acúmulo do conhecimento no nível individual.

A variedade de requisitos está relacionada com a diversidade interna da organização e a complexidade do ambiente, para permitir que a empresa enfrente os desafios impostos por este ambiente.

2.4 A ambiência Hospitalar e a Gestão de Saúde

A literatura vem apresentando um grande interesse em estudos sobre a qualidade nas organizações de saúde e nos ambientes hospitalares (Collins e Joyce, 2008; Ruthes e Cunha, 2007; Borba e Kliemann Neto, 2008). Os programas de qualidade produziram uma mudança na filosofia gerencial das organizações de saúde, pois melhoraram a gestão dos recursos humanos, dos sistemas de informação, do desenho dos processos, do atendimento ao paciente e métodos de benchmarking (Johnson e Omachonu, 1995).

A revolução gerencial ocorrida a partir da gestão da qualidade foi, na essência, uma revolução a partir da mudança do acesso, do uso e da transferência da informação. A operação do modelo de gestão da qualidade é diretamente dependente dos sistemas de informação, os quais auxiliam na gestão da eficiência dos processos assistenciais. Considera-se, neste estudo, como "Tradicional" a organização de saúde que mantém o modelo de gestão com ênfase somente na informação. A gestão da qualidade tornou-se extremamente necessária, entretanto não suficiente.

Mesmo com os avanços proporcionados pela gestão da qualidade nas organizações de saúde e diante das mudanças globais que atingem todos os setores, o sistema de saúde precisa se transformar. Observa-se que é necessário mais empenho para explorar diferentes maneiras de produzir e

entregar serviços, mais do que simplesmente intensificar esforços de recriar os existentes (BLOOM, 2008), tal como é preconizado pela gestão da qualidade.

A precária situação atual dos hospitais públicos brasileiros pressiona para uma reorganização administrativa que leve em conta a melhoria da ambiência desses hospitais. Portanto, para inovar e qualificar a gestão/gerência, primeiro é preciso analisar a atmosfera hospitalar, porque é ela que determina o processo de trabalho, as atitudes individuais e coletivas dos profissionais e consequentemente a qualidade da produção.

Outro aspecto objetivo refere-se à estrutura organizacional dos hospitais públicos que, ainda na atualidade, segue as diretrizes estabelecidas por organogramas clássicos conformando um aparato altamente hierarquizado, instituindo a fragmentação das responsabilidades, a formalização das relações humanas e da produção, sempre pautada nas lógicas da autoridade legal e sua correlata lógica da proteção-servidão, ambas pertencentes ao sistema burocrático (FERRAZ, 2002)

A segunda metade do Século XX caracterizou-se como império da tecnologia. No imaginário coletivo, a tecnologia vincula-se, não apenas ao setor saúde, mas institui-se como um objeto de desejo. Na área da saúde, a tecnologia assume um importante papel, simbolizando o conforto e a garantia de que o conhecimento humano foi utilizado ao máximo em seu potencial atual para a solução dos problemas individuais. Assim, o público passa a exigir que a prática médica seja calcada na melhor tecnologia disponível (MACHADO, 2001).

Como resultado desse quadro (BERK; MONHEIT, 2001), tem-se um crescente aumento da competição industrial, tanto na área farmacêutica como na de equipamentos, e uma conseqüente manutenção das taxas de retorno dos investimentos realizados em pesquisa para criação e uso extensivo da tecnologia, gerando, portanto, um aumento crescente dos custos da prática médica. Constrói-se um cenário explosivo, no qual se constata, de um lado, um crescimento vertiginoso da oferta, de outro, uma forte pressão de demanda, na qual o resultado é evidente. Os gastos com a saúde aumentam de forma exponencial em praticamente todos os países (PORTER; TEISBERG, 2006).

Segundo Porter e Teisberg (2006), o valor da gestão do conhecimento na tomada de decisão em um hospital se pode medir comparando-o com o valor que se produziria sem ela. Em outras palavras, trata-se de ser capaz de medir o custo, não de gerir o conhecimento ou o chamado “custo da ignorância”. Este resultado obriga a reconsiderar o conhecimento nas contas dos hospitais e demais organizações sanitárias, como um investimento e não um custo.

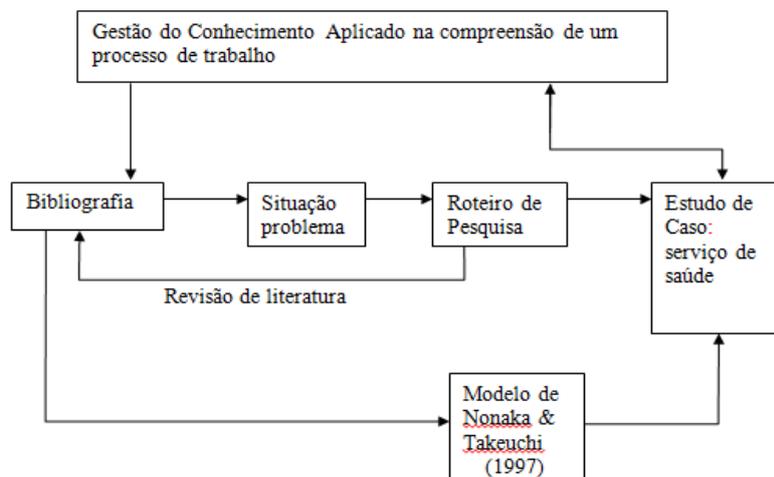
O conhecimento tem um valor econômico e social pelo fato de gerar melhorias na saúde das pessoas através do aumento da capacidade produtiva dos trabalhadores do setor e da melhoria, que é gerada na qualidade da atenção à saúde. Esta aproximação supõe, por um lado, medir o valor agregado pelo conhecimento nas organizações e na sociedade e, por outro, considerar que todas as atividades destinadas a aumentar o capital humano dos profissionais incrementam o valor intelectual da instituição, passando, assim, a ser reconhecido como investimento e não custo. Capital Social, Capital Intelectual e Capital Humano são três conceitos que permitem medir o valor produzido pela Gestão do Conhecimento no setor de saúde (FERREIRA, 2003).

Paradoxalmente, as atividades de informação e formação destinadas a aumentar esses capitais são consideradas como custos por parte das instituições de saúde, apesar de saber-se que a gestão dos juros correntes junto aos bancos e a prestação de contas destes aos acionistas pesa muito mais no passivo da empresa do que a gestão de valor e capital produzido pela empresa e pelas pessoas que fazem parte dela.

2. Método de Pesquisa

A figura abaixo representa o esquema da estrutura deste estudo: avaliando o uso da espiral do conhecimento aplicado a área de saúde. Estudo de caso da Unidade de Tratamento Intensivo de um Hospital privado na Cidade do Rio de Janeiro, objeto do estudo.

Figura 4 - Etapas da Pesquisa



Fonte: O próprio autor

O primeiro passo para a implementação do presente trabalho foi a pesquisa bibliográfica, usando como base o referencial teórico, uma vez que a proposta deste trabalho se constitui na comparação do referencial teórico com a realidade de uma unidade hospitalar. A partir desta premissa, foi elaborado um questionário, no intuito de formular conceitos que estabelecessem a base teórica necessária ao entendimento de Gestão do Conhecimento por meio da descrição dos seus principais conceitos. Em seguida, foi descrito o modelo da espiral do conhecimento de Nonaka e Takeuchi. (1997).

Considerando-se a taxionomia de pesquisa proposta por Vergara (2004) quanto aos fins e meios, tem-se:

- a) quanto aos fins - trata-se de uma pesquisa descritiva, pois pretende expor a forma como a unidade estudada estimula a geração de conhecimento dos seus funcionários e os meios que utiliza para lapidar e explicitar este conhecimento;
- b) quanto aos meios – trata-se de um estudo que abrange, ao mesmo tempo, a pesquisa bibliográfica e o estudo de caso.
- c) Conforme sugere Vergara (2004), o estudo de caso será enriquecido com uma pesquisa de campo, por meio de uma investigação empírica realizada com questionário aplicado aos médicos gestores da unidade estudada.

Apesar de haver algumas limitações de acesso, a amostragem utilizada enquadra-se como procedimento improbabilístico, definida, segundo Vergara (2004), pelo critério de acessibilidade, de acordo com o qual a possibilidade de acesso dos funcionários selecionados é fator determinante.

Os sujeitos da pesquisa foram indicados através de uma reunião prévia entre o pesquisador e os gestores responsáveis pela unidade, sendo verificado que, devido à importância do assunto pesquisado, o grupo dos funcionários de interesse da pesquisa são os médicos gestores da unidade.

A Unidade de Tratamento Intensivo do hospital estudado no Rio de Janeiro é constituída atualmente por um corpo funcional de 60 funcionários, exercendo suas atividades na área técnica, responsáveis pelo monitoramento e tratamento dos pacientes. Deste universo, 14 são médicos (entre plantonistas, rotinas e os gestores), 10 enfermeiros e 36 técnicos de enfermagem.

Pelo fato de o pesquisador trabalhar na organização em estudo, os dados puderam ser obtidos por meio da observação participante, ou seja, engajado no dia a dia do grupo estudado, permitindo assim maior facilidade no acesso às informações. Esta proximidade com o grupo estudado possibilitou a garantia de uma visão abrangente de todo o processo.

O meio utilizado na pesquisa de campo foi a entrevista, que foi confeccionada a partir das afirmações dos autores mencionados sobre criação de conhecimento na empresa, de Nonaka e Takeuchi (1997).

Tendo em vista o desconhecimento dos gestores em Gestão do Conhecimento, cada entrevistado respondeu questões sobre estímulo, criação, captação e manutenção do conhecimento gerado pela unidade.

3. Estudo de Caso: Unidade de Tratamento Intensivo de um Hospital Privado na Cidade do Rio de Janeiro

A escolha do estudo da Unidade de Tratamento Intensivo de um hospital privado na Cidade do Rio de Janeiro origina-se no fato de um erro, por menor que seja, poder determinar a morte de uma pessoa, não sendo assim aceitável a falta de atenção ou de concentração por parte do profissional.

Qualquer descuido com uma dosagem equivocada ou o esquecimento em administrar o medicamento em determinado horário, por exemplo, pode acarretar prejuízo para a instituição, seja pela glosa gerada pela necessidade de repetir o medicamento, pelo prolongamento do paciente na unidade, perdendo a oportunidade de pacientes novos ou pelo pior dos prejuízos, o da perda do paciente, evidenciando a incapacidade de se conseguir salvar esta vida.

Para os gestores da UTI do hospital em estudo, existe ainda a preocupação de humanização no tratamento, não somente em relação ao paciente, mas também visando o profissional que atua na unidade, sem que, com isso, se perca o foco nas necessidades para eficácia na gestão.

Este Hospital se propõe a ser um hospital geral, atendendo a todas as especialidades, ainda que não possua, no presente momento, maternidade. O hospital tem em seu quadro, atualmente, 410 funcionários e um cadastro de médicos, que utilizam regularmente em seu centro cirúrgico, de aproximadamente 250 médicos. O hospital possui laboratórios de análises clínicas e patológicas, 32 apartamentos, 12 leitos de enfermaria e quatro de USI (Unidade Semi-Intensiva), centro cirúrgico, com 6 salas plenamente adaptadas a cirurgias de grande porte, e 30 leitos no CTI (Centro de Tratamento Intensivo), assim como serviço de imagem com ressonância magnética e tomografia computadorizada. Além do atendimento hospitalar, o hospital dispõe, ainda, de 16 consultórios com as mais variadas especialidades.

Somam-se aos pacientes trazidos pelos médicos cadastrados para cirurgias eletivas, o hospital possui emergência que fica aberta 24 horas por dia, sendo as duas, tanto as cirurgias eletivas quanto os pacientes provenientes da emergência, a origem da maioria dos pacientes da Unidade de Tratamento Intensivo.

Tendo em vista o perfil da sua carteira que é composta em sua maioria por idosos, o hospital em estudo investiu bastante nos últimos cinco anos na compra de uma unidade de tratamento intensivo de uma empresa terceirizada, na sua ampliação e na qualificação dos seus profissionais, através da contratação de gestores para gerência da unidade.

Esse modelo de gestão inclui, como forma de remuneração dos gerentes, um percentual do total da receita líquida recebida pelo hospital junto aos planos de saúde sobre o tratamento de pacientes na unidade. Não estão incluídos neste cálculo o tratamento dos pacientes do convênio assistencial junto ao governo de um país estrangeiro.

A gestão dessa unidade conseguiu nos últimos três anos, com a quantidade de 16 leitos, aumentar progressivamente o percentual da receita gerada na unidade dentro da receita total do hospital, saindo de um patamar de 15% da receita líquida do hospital para o de 60% da receita total nos meses de pico. Em maio de 2007, o Hospital investiu no aumento de mais 14 leitos, totalizando atualmente 30 leitos, funcionando com ocupação média de 86%.

O conceito de Gestão do Conhecimento através do modelo da espiral do conhecimento somente poderia ser reconhecido em uma organização hospitalar como base para o gerenciamento do desenvolvimento dos processos de tratamento, das evoluções da tecnologia na saúde, da medicina baseada em evidências científica, da gestão clínica, da economia da saúde e na investigação da prestação serviços na organização. Todos estes conceitos estão associados à necessidade de fundamentar seus processos às decisões clínicas e de política de saúde e ao rigor científico, a partir também de fenômenos mensurados e comprovados, mediante metodologias e técnicas protocoladas.

A própria natureza do controle de trabalho de uma UTI gera vários “campos” para interação de uma equipe auto-organizada, na qual diversos tipos de profissionais trabalham juntos para alcançar uma meta em comum, o que demonstra que é um ambiente de trabalho adequado para o compartilhamento na implantação da Gestão do Conhecimento. As passagens de plantão, por exemplo, são momentos de intensa troca de experiência na qual um profissional passa para o outro recomendações, descreve sua percepção sobre o resultado de determinado tratamento, uso de medicamento sobre um paciente etc.

Troca de experiência semelhante, porém mais criteriosa, se verifica também nos chamados *rounds* durante a passagem da rotina, na qual ocorrem avaliações mais criteriosas sobre a evolução dos pacientes. Dessas análises, uma boa parte delas é descrita e registrada no prontuário do paciente,

documento importante para descrição do ocorrido durante o período de trabalho do profissional.

Além disso, existe base de dados em Access que disponibiliza toda a evolução dos pacientes, bem como permite gerenciar todas as alterações clínicas e resoluções de problemas, procurando proporcionar estímulo à participação de fóruns entre todos os profissionais da unidade pela internet.

Passa a ser necessário, então, analisar as fases de criação dos conceitos e da justificativa da criação desses conceitos. Dentro da rotina do CTI em estudo, no entanto, os processos de cuidados de enfermagem e monitoração se prestam a estas atividades. O conhecimento médico é adquirido e atualizado através de três vias principais: literatura, congressos e experiência. A partir destes, são formatadas as condutas que se traduzem em protocolos clínicos formais ou tácitos (Ex: conceitos bem estabelecidos de conhecimento comum, ainda que recentes, que dispensam formatação por escrito).

O grande desafio se encontra na plethora de informações que se disponibilizam a cada dia na medicina, o que torna o ato de manter-se atualizado um dos maiores desafios médicos.

Dessa forma, denomina-se pelos gestores da unidade esta primeira etapa de captação. Todos os integrantes da rotina (atualmente seis) são responsáveis por manterem-se informados, com leituras regulares dos periódicos mais importantes de língua inglesa. Para isso, a unidade investe na assinatura de revistas e sites médicos, além de patrocinar a participação em congressos e seminários (alguns internacionais) que servem de “campo” de interação com outros profissionais, servindo de base para a próxima fase.

Na fase seguinte para construção de um arquétipo, o conceito justificado é transformado em algo tangível ou concreto que, segundo os autores, poderia ser descrito como um protótipo no caso de um novo produto, no caso, procedimentos ou tratamentos.

Estes deverão ser construídos combinando-se o conhecimento explícito recém-criado ou adquirido e o conhecimento explícito existente. Como esta fase é complexa, torna-se indispensável que existia uma cooperação dinâmica entre os vários profissionais responsáveis pelo funcionamento da unidade, e tanto a

variedade de requisitos quanto a redundância de informações facilitam este processo. Neste momento, é fundamental a participação dos médicos gestores, acompanhando os tratamentos junto aos pacientes e os resultados alcançados.

Os gestores da UTI do Hospital Espanhol denominam esta fase como Disseminação, descrevendo que a unidade possui um fórum de discussão na internet. Todas as atualizações e casos significativos são disseminados via e-mail para todos os médicos do serviço.

Desta forma, a experiência vivenciada por um profissional às 3h da manhã de um domingo à noite pode ser repartida entre todos os médicos da unidade. Antes da introdução de uma nova estratégia terapêutica ou nova tecnologia, todos os integrantes da equipe podem ser orientados via e-mail. Assim, os médicos de rotina suplementam toda atualização realizada por trabalho de pesquisa aos demais profissionais plantonistas, procurando manter o melhor padrão de atendimento customizado para a estrutura disponível.

Todos os médicos de rotina são conectados pelo sistema de telefonia móvel tipo rádio (Nextel). Os casos que demandam atenção adicional são revistos pela rotina noturna, quando são trocadas as informações sobre o desempenho de uma estratégia terapêutica ou mesmo trocadas informações em tempo real sobre determinado paciente ou o resultado de uma atualização ou revisão de algum tratamento.

Ao observar a rotina da unidade, verifica-se que, para aplicação deste conceito, a atividade médica detém uma série de peculiaridades, pois como há o intuito de manter uma uniformidade nas informações, estas são estruturadas como protocolos. Os protocolos, por conseguinte, são formatados como formulários ou check-lists, orientados por uma árvore de tomada de decisão e preenchidos durante a verificação dos cuidados. A conferência sobre os resultados e o *feedback* são definidos em 24h, após a próxima avaliação da rotina.

Todos os tópicos mais polêmicos em medicina, bem como as principais atualizações, são guardados em formato digital, separados em arquivos por temas. Este processo agiliza a sustentação técnica dos protocolos da unidade e

condutas terapêuticas para questões legais e de justificativas junto à unidade e aos provedores de saúde.

4. Análise dos Resultados

Pode-se concluir que o profissional médico possui formação voltada para absorção do conhecimento, conforme analisado junto aos gestores da unidade em estudo, havendo uma busca por melhores processos e pela captação e melhoria na gerência pelos gestores da UTI estudada, porém, na ausência de uma cultura voltada para a gestão da unidade como uma estratégia competitiva impedida pelo sistema hospitalar. O conhecimento gerado é totalmente orientado pela troca de experiências explícitas, não apenas entre os profissionais da unidade internamente, mas, sim, por toda a comunidade médico-científica, tendo que ser um conhecimento reconhecido pelo meio acadêmico. Para os gestores da UTI do Hospital estudado, a experiência clínica tácita como uma terapêutica não é considerada com valor no meio acadêmico, uma vez que esta se faz sob condições não controladas e, portanto, sujeita às exigências de observação. Salvo condições inéditas dentro da literatura mundial, a experiência de um único centro não deve preterir os dados da literatura mundial.

Sendo assim, concluímos que a falta de uma cultura competitiva no setor hospitalar ocorre pelo fato de o conhecimento estimulado não ser a inovação no tratamento, mas, sim, a atualização dos casos reconhecidos pelo meio acadêmico na pletera de informações que se disponibilizam a cada dia na medicina.

5. Conclusão e Recomendações Futuras

Ao comparar o modelo da espiral do conhecimento com a gestão de uma unidade de tratamento intensivo, confirma-se que o conhecimento inovador existe e que há características que diferenciam o setor hospitalar dos outros. Verifica-se a existência, também, de uma cumplicidade muito grande por parte de todas as pessoas envolvidas no trabalho para que o resultado seja o melhor

possível, tendo em vista que se trata da vida de pessoas - estes são diferenciais enormes sobre os outros mercados. Conclui-se que todas as etapas da espiral do conhecimento são trabalhadas, porém, o conhecimento inovador gerado não é utilizado como um processo diferenciado a ser utilizado como vantagem competitiva.

Desta forma, verifica-se que a vantagem competitiva existe, sim, no prestador que possui profissionais mais qualificados, que estejam atualizados com o que ocorre nos congressos do setor. A vantagem competitiva, neste caso, ocorre pela grande quantidade de informações geradas por estes congressos ou por revistas especializadas e a capacidade do prestador oferecer condições para que seus médicos possam ter acesso a estas informações. Porém, as informações absorvidas pelos médicos, na maioria das vezes, são canalizadas única e exclusivamente para a melhoria da eficiência dos processos e não da eficácia.

Apesar de haver uma busca constante de atualização sobre os processos de tudo o que está sendo feito e discutido pelos outros médicos e hospitais, os prestadores de serviço médico-hospitalar ainda não descobriram como gerenciar a criação de inovações no tratamento de seus pacientes de forma a transformar este conhecimento tácito e uma vantagem competitiva explícita.

Finalmente, conclui-se que é necessário gerenciar o significado, levando sentido à informação; gerenciar a atenção para tornar consistentes as mudanças organizacionais (comportamentais e nas inovações) e gerenciar a confiança, para que o *empowerment* comprometa o profissional para si e para a empresa, adicionando mais lógica e real efetividade – eficácia e eficiência - ao desempenho qualitativo de todos. Além do que, somente com qualidade, é possível se produzir eficácia e eficiência de fato. Afinal de contas, o legado é o conhecimento e deve ser compreendido, apreendido, disseminado e compartilhado no menor tempo possível.

Considerando que o tema Gestão do Conhecimento voltado para gestão hospitalar, ainda é recente, são inúmeras as pesquisas que se poderia levantar.

Como oportunidade para novos estudos, em particular na gestão hospitalar sugere-se:

- Investigar mais detalhadamente os hospitais que já apresentam uma alta orientação para a Gestão do Conhecimento e, através de estudos de caso, destacar os fatores significativos para a Gestão do Conhecimento na área hospitalar.

- Analisar com mais profundidade as variáveis que permitem relacionar o modelo da espiral do conhecimento à estratégia empresarial, gestão de competências e competitividade.

- Identificar indicadores próprios para a Gestão do Conhecimento que permitam acompanhar e avaliar o resultado do projeto.

- Investigar a influência da Cultura, do Poder e dos Processos de Comunicação em relação à Gestão do Conhecimento.

Referências Bibliográficas

AUGIER, Mie; VENDELO, Morten Thanning. Networks, cognition and management of tacit knowledge. *Journal of Knowledge Management*. Vol.3, n. 4, 1999, p.252-261.

BERK, M L; MONHEIT, A.C. The concentration of health care expenditures, revisited. *Health Affairs*, vol 20, Issue 2, 9-18: 2001.

BLOOM, G. Future health systems: why future? why now? *Social Science & Medicine*, Nova Iorque, n. 66, p. 2067-2075, 2008.

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

CANONGIA, C; PEREIRA, M.; MENDES, C.A; A. Mapeamento de Inteligência Competitiva (IC) e de Gestão do Conhecimento (GC) no Setor de Saúde. *Bibli: R. Eletr.Biblioteconomia.Ci.Inf.*, Florianópolis, n.esp., 1º semestre, 2004.

CAVALCANTE, M.C.B; GOMES, E.B.P; PEREIRA, A.F. *Gestão de empresas na sociedade do conhecimento – um roteiro para a ação*. Rio de Janeiro: Campus, 2001.

COLLINS, C.; JOYCE, P. Focus on quality in healthcare in Ireland. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Bradford, v. 21, n. 2, p. 219-228, 2008.

DIEPSTRATEN, J. Knowledge in Action. *Triam Kennisaward*. Dordrecht: triam, p.21-26, 1996.

FERRAZ, C. A. *Ensaio sobre reforma político-administrativa hospitalar: análise sociológica da transição de modelos de gestão* [tese de livre-docência]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo;2002.

FERREIRA, Ricardo N. *A Gestão do Conhecimento como Fio Condutor de Uma Experiência de Reestruturação Empresarial: O Caso de uma Organização Pública do Setor Financeiro*. - Dissertação (Mestrado profissional em Sistemas de Gestão), Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil, 2003

GURTEEN, D. Knowledge, creativity and innovation. *Journal of Knowledge Management*, v.2 (1), p.5-13, 1998.

HARRIS, K. et al. The impact of Knowledge Management on Enterprise Architecture Strategic Analysis Report-Gartner Group. *RAS Services Copyright*. R-09-6188: 1999.

HERTOG, J. Friso den; HUIZENGA, Edward. *The Knowledge Enterprise: implementation of intelligent business strategies*. London: Imperial College Press, 2000.

JOHNSON, J.; OMACHONU, V. Total quality management as a health care corporate strategy. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Bradford, v. 8, n. 6, p. 23-28, 1995.

MACHADO, C.V. *Novos modelos de gerência nos hospitais públicos: as experiências recentes*, C V Machado, Rio de Janeiro: Physis, 2001.

NADLER, David A.; TUSHMAN, Michael L. The organization of the future: strategic imperatives and core competences for the 21th. century. *IEEE Engineering Management Review*, Winter 1999, p. 96–107.

NAISBITT, John. *Paradoxo Global: quanto maior a economia, mais poderosos são os seus protagonistas menores: nações, empresas e indivíduos*. Rio de Janeiro: Campus, 1994.

NONAKA, I.; TAKEUCHI, H. *Criação de conhecimento na Empresa: Como as Empresas Japonesas Geram a Dinâmica da Inovação*. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

_____. *The Knowledge-Creating Company: How Japanese Companies Create the Dynamics of Innovation*. New York: Oxford University Press, 1995.

POLANYI, M. *The Tacit Dimension*. New York: Doubleday, 1967.

PORTER, M.; TEISBERG, E. *Redefining Health Care: Creating value-based competition on results*. Harvard Business School Press, 2006.

PRADE, S. *Da Avaliação à informação em Serviços de Saúde*. Rio de Janeiro: Ciência Moderna LTDA, 2004.

QUELHAS, O. L. G.; MESQUITA, M. *Planejamento e Controle da Produção. Coleção de Livros Didáticos da ABEPRO*. Rio de Janeiro: Campus, 2007.

RUTHES, R.; CUNHA, I. Os desafios da administração hospitalar na atualidade. *Revista de Administração em Saúde*, São Paulo, v. 9, n. 35, p. 93-102, 2007.

SANTOS, Armando Cuesta. Gestão do conhecimento, da organização que aprende e de competências: a era digital. *Revista de Administração*, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 77-83, jan./fev./mar. 2003.

SECA, M.B; RIVEROLA, J. Problem Driven Management: Achieving Improvement in Operations through Knowledge Management. *Journal-Operational Research Society*, 2006, Palgrave Macmillan Ltd, 2004.

SPEK, R.V.D; SPIJKERVET, A. Knowledge Management: Handling Knowledge with Intelligence. *Handboek Effectief Opleiden*, 9,13.9-2, p.1-32, 1995.

SPRENGER, C.C. *Four Competences of the Learning Organization*. Gravenhage: Delwel, 1995.

VERGARA, S.C. *Projetos e Relatórios de Pesquisa em Administração*. 4. ed., São Paulo: Atlas, 2004.

WONG, K. Y.; ASPINWALL, E. *Development of a knowledge management initiative and system: A case study* - Department of Manufacturing and Industrial Engineering, Faculty of Mechanical Engineering, Universiti Teknologi Malaysia, School of Engineering, Mechanical and Manufacturing Engineering, University of Birmingham, 2005.

ZOLINGEN, S.J.V; STREUMER, J.N; STOOKER, M. Problems in Knowledge management: a case study of a Knowledge-intensive company. *International Journal of Training and Development*, 5:3, p.168-184: 2001.