

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO  
NÍVEL DE MESTRADO ACADÊMICO EM ADMINISTRAÇÃO

JACQUES ÉDISON JACQUES

**GESTÃO ESTRATÉGICA DA CRIAÇÃO DO CONHECIMENTO NAS  
ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES:  
um estudo baseado na construção de protocolos médico-assistenciais**

**São Leopoldo, 2007**

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO  
NÍVEL DE MESTRADO ACADÊMICO EM ADMINISTRAÇÃO

JACQUES ÉDISON JACQUES

**GESTÃO ESTRATÉGICA DA CRIAÇÃO DO CONHECIMENTO NAS  
ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES:**

**um estudo baseado na construção de protocolos médico-assistenciais**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração, Centro de Ciências Econômicas da Universidade do Vale do Rio dos Sinos do Estado do Rio Grande do Sul, como pré-requisito para obtenção do Grau de Mestre em Administração - Nível Acadêmico.

**Orientador: Prof. Dr. Cláudio Reis Gonçalves**

**São Leopoldo, 2007**

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO  
NÍVEL DE MESTRADO ACADÊMICO EM ADMINISTRAÇÃO

JACQUES ÉDISON JACQUES

**GESTÃO ESTRATÉGICA DA CRIAÇÃO DO CONHECIMENTO NAS  
ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES:**

**um estudo baseado na construção de protocolos médico-assistenciais**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração como pré-requisito para obtenção do Grau de Mestre em Administração - Nível Acadêmico.

Aprovado em 19 de abril de 2007.

BANCA EXAMINADORA

---

Profa. Dra. Mirian Oliveira – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

---

Profa. Dra. Yeda Swirski de Souza – Universidade do Vale do Rio dos Sinos

---

Profa. Dra. Cláudia Cristina Bitencourt – Universidade do Vale do Rio dos Sinos

Orientador: Prof. R. Cláudio Reis Gonçalo

Visto e permitida a impressão  
São Leopoldo,

Prof. Dr. Ely Laureano Paiva  
Coordenador Executivo do PPG em Administração

## AGRADECIMENTOS

- A minha amada família, a esposa Helena e aos filhos Mariana, Felipe e Kiko, com quem mais uma vez dividi angústias e recebi apoio e carinho plenos. Também aos meus pais Walnyr e Maria, que sempre estiveram na origem das minhas investidas.
- Ao estimado Gonçalo, mais que Orientador, um verdadeiro Amigo que soube auxiliar em momentos críticos ao longo desta jornada. Aquele que, em meio a um mundo de idéias, soube com a devida sensatez orientar o pesquisador de modo a que pudesse contribuir à Ciência Administrativa.
- Às prezadas Professoras Yeda e Cláudia, que durante as Disciplinas ministradas e a aprovação do Projeto de Pesquisa demonstraram toda a singela habilidade em fazer com que horizontes outrora distantes se tornassem uma realidade próxima. Grato pelo aprendizado de pensar em várias perspectivas frente ao desafio de desenvolver uma pesquisa.
- Aos demais Professores do curso, em nome do Prof. Ely Laureano Paiva, por me terem obsequiado com a chance de conviver com os colegas da turma Adm / 2005 e pelos conhecimentos transmitidos. Sem dúvida, foi uma das melhores vivências que tive a oportunidade de usufruir. Com certeza farei o que for possível para levar os conceitos aprendidos no Curso para dentro da gestão hospitalar.
- Aos meus colegas de turma e amigos que fiz. O programa do Curso tornou-se leve e aprazível pela presença de vocês. Saudades a gente sente do que já passou, mas por vezes sou invadido por uma especial saudade daquilo que não será vivenciado.
- A estimada Ana Zilles, a quem para qualquer eventualidade sempre tinha uma “varinha mágica de condão”.
- A todos os entrevistados durante a pesquisa, pelo grau de interesse e profissionalismo que manifestaram.
- Enfim, a Unisinos, pela estrutura organizacional que nos coloca à disposição.

“O que constitui o valor do homem não é a verdade, que qualquer pessoa pode possuir ou supõe possuir, mas o empenho sincero que o homem empregou para descobrir a verdade. Pois é por meio da busca pela verdade e não a posse desta, que suas forças se ampliam e somente nisto consiste sua perfeição sempre crescente.” **G. E. Lessing** (1729-1789).

## RESUMO

O trabalho se insere no campo dos estudos sobre estratégias organizacionais devido ao modo como o tema “gestão da criação do conhecimento” é abordado. O segmento da prestação dos serviços em saúde convive constantemente com a necessidade de incorporar novos conhecimentos estimulados pela descoberta de novas tecnologias, sejam recursos ou modelos assistenciais inovadores. Isto determina um processo sistemático de aprendizagem estratégica e operacional. Entretanto, o contexto organizacional interfere neste processo gerencial. Cada vez mais as organizações hospitalares preocupam-se em utilizar protocolos médico-assistenciais como instrumentos de gestão, visto que absorvem os novos conhecimentos para uso diagnóstico e terapêutico. Fruto desta temática, o estudo se propôs a explorar através da construção de protocolos pelas equipes multiprofissionais, de que forma a criação de um contexto capacitante influencia capacidades gerenciais e determina o conteúdo estratégico do conhecimento gerado no sentido de auxiliar na sustentabilidade da organização hospitalar. A pesquisa foi qualitativa e utilizou o método de casos múltiplos. Houve duas etapas investigativas através de entrevistas não estruturadas – etapa exploratória voltado à dimensão contextual da organização e etapa exploratória diretamente relacionada à dimensão estratégica apreciada através de uma percepção interna. Dentre as várias contribuições salientam-se, principalmente, a necessidade em legitimar uma linguagem entre os diversos profissionais e desenvolver competências para “nutrir” comunidades de prática com o intuito de criar ambientes definitivamente capacitantes. As barreiras se restringiram principalmente a insatisfações com a tecnologia da informação. Paralelamente, o desenvolvimento de capacidades gerenciais no sentido de integrar e combinar recursos de desempenho superior, determinando diferentes conteúdos de conhecimento tais como o *know-how* diferencial para construir protocolos médico-assistenciais, foi inferido como elemento estratégico fundamental à sustentabilidade das organizações. Complementando, o estudo também sinaliza inúmeras oportunidades para desenvolver projetos e programas de gestão estratégica do conhecimento, além de sugerir uma estrutura analítica a ser utilizada em futuros estudos de pesquisa sobre a gestão do conhecimento como um todo.

## ABSTRACT

*This study is embedded in the field of organizational strategies because of the approach adopted to investigate the management of knowledge creation. Health care services are faced with the constant need to incorporate knowledge because of the development of new technologies in the form of both innovative resources and health care models. Such conditions demand a systematic process of strategic and operational learning. However, organizational contexts interfere with management processes. Hospitals have been increasingly interested in using health care protocols as management tools because protocols incorporate new knowledge into diagnostic and therapeutic procedures. Therefore, this study investigated, by means of protocols developed by multidisciplinary teams, how the creation of a learning environment affected management capabilities and determined the strategic content of knowledge generated to support the sustainability of hospital organization. This qualitative, multiple-case study was carried out in two exploratory stages: one to assess the contextual dimension of the organization, and the other to investigate the strategic dimension by assessing internal perceptions. Of the several contributions of this study, we underscore the need to validate a common language to be used by the different health care workers, to develop competences to nourish the development of communities of practice, and, therefore, to create genuine learning environments. Barriers to change were restricted to dissatisfaction with information technology. At the same time, the development of management capabilities to integrate and combine high-performance resources by establishing different knowledge contents, such as the differential expertise required to develop health care protocols, was identified as a fundamental strategic element for the sustainability of organizations. This study also identified several opportunities for the development of strategic management projects and programs, and described an analytical structure that may be used in future studies to investigate all aspects of knowledge management.*

**Keywords:** knowledge management, health care protocols development, barriers and strategic elements

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Estrutura geral do ambiente teórico de desenvolvimento da pesquisa.....	28
Figura 2 – Desenvolvimento e implementação das diretrizes clínicas .....	41
Figura 3 – Compartilhamento organizacional de idéias.....	62
Figura 4 – Diagrama esquemático que aponta as barreiras e tensões principais tendo a produção dos protocolos médico-assistenciais como eixo central da gestão estratégica da criação do conhecimento.....	84
Figura 5 – Esquema do tema de pesquisa.....	125
Figura 6 – Modelo básico da pesquisa: múltiplos casos incorporados e unidades de análise.....	134
Figura 7 – Ilustração esquemática das triangulações inferidas.....	228
Figura 8 – Sugestão de estrutura analítica em forma de esquema para futuros estudos sobre a gestão estratégica da criação de conhecimento através da produção de protocolos médico-assistenciais.....	239



## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Perspectivas do conhecimento e implicações sobre a gestão dos sistemas informatizados do conhecimento.....	49
Quadro 2 – Sumário das características dos diferentes tipos de grupos de trabalho.....	72
Quadro 3 – Referencial estratégico para o conhecimento.....	107
Quadro 4 – Pontos positivos e negativos das alianças no setor da saúde.....	120
Quadro 5 – Estágios e fatores chave do modelo de alianças no setor da saúde.....	120
Quadro 6 – Dimensões da pesquisa à luz do referencial teórico.....	126
Quadro 7 – Elementos gerais da metodologia de pesquisa.....	134
Quadro 8 – Fontes de evidência e estágios maiores da pesquisa.....	143
Quadro 9 – Categorias temáticas da pesquisa.....	145
Quadro 10 – Características dos hospitais onde foram realizadas as pesquisas sobre a gestão estratégica da criação do conhecimento.....	154
Quadro 11 – Síntese das respostas relativas às entrevistas sobre o contexto capacitante.....	163
Quadro 12 – Avaliação das relações estabelecidas entre os serviços médicos e equipes multiprofissionais, e os hospitais (baseado em Wenger, 1998).....	168
Quadro 13 – Funções dos serviços médicos e equipes multiprofissionais (baseado em Wenger, 1998).....	170

Quadro 14 – “Nutrição” dos serviços médicos e equipes multiprofissionais (baseado em Wenger, 1998).....	171
Quadro 15 – Variáveis de sucesso das comunidades de prática (DAVENPORT e PRUSAK, 1998) e os resultados da pesquisa.....	172
Quadro 16 – Síntese das respostas relativas às entrevistas sobre as barreiras do contexto.....	176
Quadro 17 – Comentários mais relevantes sobre as percepções dos entrevistados em relação à gestão do conhecimento e os protocolos médico-assistenciais – construção e difusão, capacidades gerenciais dinâmicas e processo estratégico.....	193
Quadro 18 – Matriz de relação (confronto) entre o contexto capacitante organizacional e o processo gerencial estratégico .....	196
Quadro 19 – Características gerais dos hospitais pesquisados considerando a participação no mercado <i>versus</i> a funcionalidade gerencial dos serviços de cardiologia.....	203
Quadro 20 – Escala de intensidade dos fatores capacitantes e das barreiras do contexto organizacional conforme as informações e inferências da pesquisa.....	229
Quadro 21 – Escala de intensidade dos elementos constituintes do processo estratégico gerencial influenciado pelo contexto organizacional.....	232
Quadro 22 – Pontos fortes, fracos, oportunidades e ameaças inferidos pela pesquisa de gestão da criação do conhecimento.....	233

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 – Categoria dos entrevistados: quantidade e frequência.....	156
Tabela 2 – Categorização das características dos hospitais participantes considerando um total de oito hospitais pesquisados.....	157

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	17
1.1 A Justificativa do Problema de Pesquisa.....	21
1.2 A Delimitação do Tema de Pesquisa.....	23
1.3 Os Objetivos do Estudo.....	26
1.3.1 Objetivo geral.....	26
1.3.2 Objetivos específicos.....	26
1.4 A Apresentação Geral da Estrutura do Projeto de Pesquisa.....	27
<b>2. GESTÃO DO CONHECIMENTO</b> .....	29
2.1 A Gestão do Conhecimento no Contexto da Aprendizagem Organizacional.....	29
2.2 A Gestão do Conhecimento nas Organizações Hospitalares.....	34
2.3 Os Protocolos Médico-Assistenciais.....	37
2.4 Informação <i>versus</i> Conhecimento: O Papel dos Sistemas Informatizados do Conhecimento.....	44
<b>3. CONTEXTO ORGANIZACIONAL</b> .....	50
3.1 O Contexto Capacitante.....	50
3.1.1 Instilando a visão do conhecimento.....	52
3.1.2 Gerenciando conversas.....	52
3.1.3 Mobilizando ativistas.....	53
3.1.4 Criando o contexto adequado.....	55
3.1.5 Globalizando o conhecimento.....	57
3.2 O Compartilhamento de Idéias.....	60
3.2.1 A estrutura organizacional do compartilhamento de idéias.....	61
3.2.2 O modelo de aprendizagem organizacional de Crossan, Lane e White.....	63
3.2.3 A espiral da conversão do conhecimento de Nonaka e Takeuchi.....	66

3.3 As Comunidades de Prática versus a Organização e a Funcionalidade dos Serviços Médicos.....	68
3.4 As Barreiras e Tensões do Contexto Organizacional.....	77
3.4.1 As barreiras do contexto organizacional à gestão da criação do conhecimento de Von Krogh, Ichino e Nonaka .....	77
3.4.1.1 O problema da necessidade de legitimação da linguagem.....	78
3.4.1.2 O problema das histórias organizacionais de sucesso.....	78
3.4.1.3 O problema dos procedimentos.....	79
3.4.1.4 O problema dos paradigmas.....	79
3.4.2 As semelhanças entre as tensões de aprendizagem comentadas por Crossan, Lane e White, e as potenciais dificuldades na conversão do conhecimento tácito em explícito de Nonaka e Takeuchi reforçadas pelos pensamentos de Bohmer e Edmonson .....	79
<b>4. PROCESSO GERENCIAL ESTRATÉGICO.....</b>	<b>85</b>
4.1 O Processo Estratégico.....	85
4.2 Visitando Porter e Mintzberg através dos Protocolos Médico-Assistenciais.....	87
4.3 O Enfoque Estratégico nos Hospitais.....	92
4.4 A Necessidade de Nova Abordagem e Novo Perfil Gerencial .....	96
4.5 Os Recursos de Desempenho Superior.....	99
4.6 O Processo Estratégico dos Hospitais Através de Estratégias de Avanço ou Sobrevivência e a Gestão dos Protocolos Médico-Assistenciais.....	104
4.7 As Capacidades Gerenciais Dinâmicas.....	110
4.7.1 O perigo além do conhecimento tácito.....	116
4.7.2 A proteção à replicabilidade e imitabilidade da construção dos protocolos médico-assistenciais.....	117
4.8 A Preocupação Estratégica com as Alianças Inter-Organizacionais.....	118
<b>5. ESTRUTURAÇÃO DO MODELO CONCEITUAL DE PESQUISA..</b>	<b>124</b>
<b>6. METODOLOGIA DA PESQUISA.....</b>	<b>128</b>

6.1	A Classificação da Pesquisa.....	128
6.2	O Método.....	130
6.3	Os Casos Múltiplos Incorporados.....	132
6.4	As Unidades de Análise.....	133
6.5	Os Testes da Qualidade do Projeto de Pesquisa.....	135
6.5.1	Validade do construto.....	135
6.5.2	Validade interna.....	137
6.5.3	Validade externa.....	138
6.5.4	Credibilidade.....	138
6.5.5	Confiabilidade.....	139
6.6	O Plano de Coleta das Informações.....	139
6.6.1	Documentação direta.....	140
6.6.2	Documentação indireta.....	140
6.6.2.1	Pesquisa documental.....	140
6.6.2.2	Pesquisa bibliográfica.....	140
6.7	As Entrevistas.....	141
6.8	O Grupo de Foco.....	141
6.9	O Esquema das Fontes de Evidência.....	143
6.10	A Elaboração do Protocolo de Pesquisa para o Estudo de Casos Múltiplos.....	144
6.11	A Organização das Informações e Comunicação do Estudo de Casos Múltiplos.....	144
6.12	A Análise das Informações.....	145
<b>7.</b>	<b>DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS DA PESQUISA.....</b>	<b>147</b>
7.1	Os Aspectos Introdutórios e Gerais.....	148
7.2	A Técnica de Grupo de Foco.....	152
7.3	A Abrangência do Cenário da Pesquisa.....	153
7.4	A Etapa Exploratória sobre o Contexto Organizacional.....	157
7.4.1	O contexto capacitante para a criação do conhecimento.....	157
7.4.2	O compartilhamento de idéias.....	163

7.4.3	As comunidades de prática.....	168
7.4.4	As barreiras do contexto organizacional.....	173
7.4.4.1	As barreiras do contexto organizacional à gestão da criação do conhecimento de Von Krogh, Ichino e Nonaka.....	173
7.4.4.2	As tensões de aprendizagem de Crossan, Lane e White.....	177
7.4.4.3	As potenciais dificuldades da externalização e da internalização da conversão do conhecimento segundo Nonaka e Takeuchi.....	178
7.5	A Etapa Exploratória sobre o Processo Gerencial Estratégico.....	179
7.6	A Relação Matricial entre o Contexto Organizacional e o Processo Gerencial Estratégico.....	195
7.7	A Caracterização da Gestão Estratégica da Criação do Conhecimento conforme a Variabilidade dos Hospitais Pesquisados.....	203
<b>8.</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>218</b>
8.1	A Importância do Estudo na Era Moderna.....	219
8.2	Contribuições Gerais e Emergentes do Estudo.....	220
8.3	Contribuições Específicas do Estudo e as Fontes Trianguladas de Evidências.....	226
8.4	Fatores Limitantes Evidenciados ao Longo da Pesquisa.....	234
8.5	Sugestão de Estrutura Analítica a Futuros Estudos em Pesquisa da Gestão da Criação de Conhecimento através da Produção de Protocolos Médico-Assistenciais.....	235
8.6	Sugestão a Estudos Futuros de Pesquisa da Gestão do Conhecimento na Área da Saúde .....	240
<b>9.</b>	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>242</b>
<b>10.</b>	<b>APENDICES.....</b>	<b>251</b>
<b>11.</b>	<b>ANEXOS .....</b>	<b>262</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A escalada dos custos na área da saúde principalmente em decorrência da incorporação de novas tecnologias, associada às exigências da sociedade por serviços médico-assistenciais de maior qualidade, são os grandes impulsionadores de mudanças estratégicas que pressionam as organizações de saúde (HERNANDEZ e KALUZNY, 1997).

**“O hospital está se desenvolvendo em um contexto de incertezas e conflitividades que justifica a aplicação de enfoques estratégicos e obriga-o a empreender mudanças profundas em sua organização”** (OPAS, 2004, p. 151).

O *Institute of Medicine* (IOM) dos Estados Unidos define qualidade na prestação de serviços como **“o grau em que os serviços de saúde prestados aos indivíduos e às populações aumentam a probabilidade dos resultados desejados e são consistentes com o conhecimento profissional corrente”** (LOHR e SCHROEDER, 1999, p. 1162). Trata-se de conceituação ampla, mas que, claramente, reflete uma preocupação básica: a necessidade da construção e aplicação adequada de padrões médico-assistenciais, alicerçados no conhecimento profissional corrente que aumentam a probabilidade dos resultados mais desejados – basicamente custos e qualidade.

Melhorando a qualidade médico-assistencial, seja através da elaboração dos padrões ou da sua aplicação, maiores serão as probabilidades de sucesso assistencial e de racionalização dos recursos (BUJAK, 2004). Este é um cenário de grandes desafios à gestão das organizações de saúde, especialmente dos hospitais.

A qualidade dos serviços médico-assistenciais é tema central em qualquer programa de melhoria nas organizações de saúde. Entretanto, pela condição especial que essas organizações ostentam em face à grande quantidade de pessoas, processos e eventos, há dificuldades em monitorar e promover benefícios diariamente, fruto da ausência de projetos que utilizem novos conhecimentos e integrem os vários subsistemas existentes a uma sistemática de mensurar e processar informações, justamente em um contexto organizacional interno pouco receptivo e a um ambiente externo em constante mutação (BERWICK, 1996).

Provonost, Nolan, Zegwe, Miller e Rubin (2004) observam que a grande oportunidade para melhorar os resultados do desempenho assistencial dos hospitais no próximo quarto de século virá, provavelmente, não apenas da descoberta de novos tratamentos, mas do aprendizado de como fornecer, através da gestão, terapias já existentes. Para melhorar, os



terapeutas necessitam saber o que fazer e como fazer, e serem capazes de melhorar o processo do cuidado. Com este comentário, Provonost *et al.* (2004) estimulam que as organizações hospitalares abram suas portas a projetos e programas da gestão do conhecimento.

Neste sentido, é fundamental saber como a gestão da criação do conhecimento está sensível ao contexto organizacional onde está inserida e como trabalha a questão da produção de padrões médico-assistenciais que influenciam o processo estratégico com o intuito de sustentar a competitividade da organização.

A dissertação “Gestão Estratégica da Criação do Conhecimento nas Organizações Hospitalares: Um Estudo Baseado na Construção de Protocolos Médico-Assistenciais” enfrenta esse desafio.

O **primeiro capítulo**, além da fase introdutória, contextualiza especificamente o tema sobre a gestão do conhecimento, mais propriamente a **Gestão Estratégica da Criação do Conhecimento**. Suas “justificativas e delimitações de pesquisa”, assim como os “objetivos” almejados pela obra. O foco, portanto, é basicamente a “gestão estratégica da criação do conhecimento” através do instrumento de “produção dos protocolos médico-assistenciais”, não aprofundando questões voltadas à “gestão do conhecimento criado” e nem à “forma como se difunde pela organização”, embora em muitas oportunidades serão assuntos comentados. São abordagens diferentes no âmbito da gestão. Este capítulo encerra apresentando a “estrutura teórica e formal de investigação da pesquisa”.

O **capítulo dois**, através de referencial teórico sobre a “gestão do conhecimento”, abre conceitos sobre esse tema com o intuito de apresentá-lo ao leitor e prepará-lo para o entendimento e debate das questões vindas a *posteriori*. Utiliza-se de conceitos sobre “a gestão do conhecimento aplicáveis à área da saúde” no sentido de conhecer o estado da arte nesse setor. No seguimento, conceitua e detalha o que são “protocolos médico-assistenciais” e como hoje poderiam ser utilizados cada vez mais como instrumentos de gestão hospitalar que, ao mesmo tempo, tem enfoques estratégicos e operacionais. O capítulo encerra com uma discussão sobre as inter-relações e divergências conceituais entre “informação” *versus* “conhecimento”, mas sem pretender superestimar a questão da obtenção da informação para a geração de conhecimento no âmbito essencial da pesquisa.

O **capítulo três** preocupa-se fundamentalmente como opera o “contexto organizacional” ora capacitante ora gerador de barreiras à gestão da criação do conhecimento durante a construção de protocolos médico-assistenciais. Orientado pelo referencial teórico, mergulha em questões tais como deveria ser a “promoção do contexto capacitante” à criação de conhecimento, o “compartilhamento de idéias” e as “comunidades de prática”. No

seguimento, também por intermédio de referencial teórico, aprofunda questões relacionadas às “barreiras e tensões”, discutindo elementos intervenientes (dificultadores) na conversão do conhecimento tácito a explícito, assim como relacionados à aprendizagem através da institucionalização de práticas a partir desse conhecimento criado durante a construção dos protocolos médico-assistenciais.

O **capítulo quatro**, sobre o referencial teórico relativo ao “processo gerencial estratégico”, trás à tona a necessidade de uma nova abordagem gerencial em meio ao ambiente mutável da saúde. Neste sentido o referencial teórico tenta suportar uma discussão sobre a “capacidade gerencial de integrar e combinar recursos de desempenho superior” durante a construção de protocolos médico-assistenciais. Esta abordagem tem o intuito de observar as conseqüências sobre “conteúdo estratégico do conhecimento” gerado sobre a gestão hospitalar. É, portanto, um capítulo que se preocupa com o enfoque estratégico hoje conduzido pelos hospitais, questionando sobre “estratégias de avanço e de sobrevivência” e sobre o perigo da “replicabilidade e imitabilidade” dos recursos. Todo este enfoque estratégico é abordado sem esquecer do cenário capacitante ou não à gestão da criação do conhecimento. Ressalte-se que este capítulo, embora comente sobre a Teoria da Visão Baseada em Recursos, sobre a Teoria da Competição Baseada em Competências e sobre a Teoria das Competências Essenciais, enfatiza a Teoria das Capacidades Dinâmicas para embasar a análise das percepções dos profissionais sobre o processo gerencial estratégico.

O **capítulo cinco** propõe-se a ser o elo de compreensão teórica entre os capítulos dois, três e quatro, proporcionando ao leitor “uma visão global do estudo e a proposta maior do pesquisador em, por meio da construção dos protocolos médico-assistenciais, relacionar o *contexto com o comportamento do processo gerencial em uma dimensão estratégica interna*”. Neste capítulo encontra-se o quadro que reúne as dimensões da pesquisa à luz do referencial teórico.

O **capítulo seis** descreve os “procedimentos metodológicos” empregados na pesquisa. Principalmente se detém no tipo de pesquisa (porque qualitativa e de casos múltiplos), nas unidades de análise, no grupo de foco provocado previamente, na condução das entrevistas e nas fontes de evidência com ênfase na triangulação das informações.

O **capítulo sete**, conforme a lógica do pesquisador, descreve, analisa e discute em detalhes as informações obtidas na pesquisa de campo assim como as prováveis inferências. Foram entrevistados quarenta e quatro profissionais distribuídos em oito instituições hospitalares. Considerando que a pesquisa não solicitou formalmente o consentimento dos hospitais abordados através de seus comitês de ética em pesquisa, os hospitais não foram

identificados no texto do estudo, sendo mencionados através de letras maiúsculas. Além das colocações introdutórias pertinentes à descrição do cenário da pesquisa, o capítulo se divide em duas etapas: (a) “etapa exploratória sobre o contexto organizacional”, e (b) “etapa exploratória sobre o processo gerencial estratégico”. Ao final, através de uma matriz, o capítulo estabelece um debate entre ambas as etapas exploratórias através das informações obtidas e inferências desenvolvidas. Foi uma tentativa de confrontar as idéias teóricas contidas em um mundo laboratorial acadêmico à luz do referencial teórico escolhido *versus* as informações e inferências obtidas da aplicação do modelo conceitual de pesquisa observadas ao longo da pesquisa de campo.

Por fim, o **capítulo oito** tece considerações finais sobre o estudo. Ao fazer este fechamento, observa a “importância do estudo às organizações hospitalares”, chama a atenção para as “contribuições atuais e futuras ao tema da gestão do conhecimento”, e comenta sobre as “limitações do trabalho”. O capítulo encerra com a “sugestão de uma estrutura analítica” onde são observados elementos emergentes surgidos em decorrência do estudo. Espera-se utilizar a estrutura proposta para futuras pesquisas sobre a gestão do conhecimento aplicadas à área da saúde.

O **capítulo nove** descreve as referências bibliográficas.

O **capítulo dez** apresenta o Protocolo de Pesquisa como Apêndice “A”, assim como os Anexos “A” e “B” que ilustram elementos importantes da constituição dos protocolos médico-assistenciais.

Em especial sobre os capítulos três, quatro e cinco que tratam do referencial teórico, é oportuno chamar-se a atenção do leitor para o fato de que, além do pesquisador citar os autores e as teorias que fundamentam e servem de paradigma ao estudo, são capítulos que excederam em tamanho, pois também contemplam a descrição, embora sumária, da teoria. Isto pode ser entendido como desnecessário, além do fato de que indiscutivelmente tornou a dissertação mais longa. Entretanto, assumiu-se tal posicionamento, devido ao fato de que se pretende que o estudo seja lido por gestores da área da saúde que, em sua grande maioria, são profissionais técnicos que dominam de forma incompleta os conceitos e teorias administrativas. Assim, sabendo-se do risco da crítica, achou-se por bem torná-la mais longa, investindo na vantagem de possibilitar um entendimento mais amplo e completo dos temas em debate ao leitor mais leigo da área da administração.

Fato semelhante ocorreu quando da elaboração do texto que trata da conceituação e finalidades dos protocolos médico-assistenciais. Neste caso, cuidando para não ser prolixo, o pesquisador achou oportuno contemplar da forma mais completa possível o tema a ser

descrito, uma vez que os leitores com formação exclusivamente administrativa poderiam enfrentar dificuldades conceituais acerca da terminologia médica.

### **1.1 A Justificativa do Problema de Pesquisa**

A gestão de um hospital é o principal responsável e parte integrante da direção como um todo. Tanto é verdade que se confunde com essa, levando-se em consideração que o hospital, independente de suas dimensões, missão e valores, trata-se de instituição prestadora de inúmeros serviços e de intensa função social, com características científicas, técnicas, administrativas e econômicas próprias de uma empresa.

Entretanto, caracteriza-se como uma empresa complexa, pois atua dentro de um sistema aberto, imponderável sob o ponto de vista de demanda (muitas vezes cíclica e sazonal) e de característica dos pacientes, que necessita operar com uma estrutura cujos custos fixos e indiretos se elevam gradativamente e que convive em um ambiente altamente mutável pela incessante descoberta de novos conhecimentos e tecnologias.

Isto exige que a organização hospitalar seja dinâmica e em contínuo aperfeiçoamento, atenta às capacidades indispensáveis para responder as carências da saúde, as expectativas de pacientes e familiares, produzindo resultados com impactos na comunidade e sobre o próprio hospital.

Para Laverde (2003, p. 13), vários elementos caracterizam a complexidade dos “hospitais empresa” e exigem uma gestão qualificada, todavia **“o fato de necessitar um efeito constante de retroação de dados e conhecimentos (*feedback*) permanentes com base nas experiências de outros hospitais e centros de pesquisa é o elemento mais importante”**.

Neste contexto, a gestão do conhecimento surge como fator estratégico de extremo significado, pois centraliza a atenção em inúmeras organizações, tendo papel de destaque na criação de vantagem competitiva através de processos estratégicos objetivos e inteligentes (NONAKA e TAKEUCHI, 1997).

Neste sentido, Davenport e Prusak (1998, p. 20) observam que **“A vantagem do conhecimento é uma vantagem sustentável”**.

Os projetos relacionados à gestão da criação conhecimento levam em consideração basicamente a transformação do conhecimento tácito em conhecimento explícito, permitindo, assim, a sua disseminação pela organização (NONAKA e TAKEUCHI, 1997).

Entretanto, considerando que o conceito de conhecimento é complexo, somado a contextos organizacionais turbulentos e despreparados, a sua relevância para as teorias organizacionais não tem sido suficientemente entendida e documentada (BLACKLER, 1995).

Segundo o próprio Blackler (1995), este fato é uma das principais razões que explicam porque as organizações evidenciam dificuldades para desenvolver modelos de gestão do conhecimento que permitam conduzir processos decisórios qualificados. Na mesma direção, Berwick (1996) e Blackler (1995) parecem concordar que a aprendizagem e o exercício da gestão da criação do conhecimento nas organizações, no caso as hospitalares, são muito dependentes de um contexto estrutural favorável. Contexto este que, acima de tudo, predisponha ao compartilhamento do saber-fazer.

A aplicação dos conceitos pertinentes à gestão do conhecimento trata-se de um novo paradigma nas organizações de saúde, especialmente hospitalares, pois as soluções promovidas permitem que as informações oriundas de novos conhecimentos, uma vez inseridos em um contexto organizacional conhecido, sejam definitivamente transformadas em informações de maior efetividade clínica (ZACK 1999).

A gestão do conhecimento salienta a crescente importância de que principalmente os médicos vejam a organização de modo holístico, unindo a incorporação de tecnologias revolucionárias aos processos assistenciais de melhoria e exercendo liderança sobre os demais profissionais (SEWELL, 1997).

A adoção da gestão do conhecimento é essencial para as organizações de saúde, pois poderia permitir-lhes identificar, preservar e disseminar um “*best context*” relacionado a certas práticas e direcionado aos diferentes interessados e responsáveis pela área da saúde (ZACK, 1999).

Diante desse cenário enfrentado pela área da saúde e da possibilidade de desenvolver soluções através de um gerenciamento qualificado, vê-se na gestão do conhecimento um meio significativamente ímpar de sustentabilidade das organizações hospitalares.

## **1.2 A Delimitação do Tema de Pesquisa**

O estudo esteve restrito à gestão da criação do conhecimento através da produção de protocolos médico-assistenciais nas organizações hospitalares que trabalham com diretrizes clínicas – busca de padrões assistenciais de diagnóstico e tratamento conforme as recomendações científicas e os órgãos de classe.

Antes de se iniciar a pesquisa, por conviver com o setor da prestação dos serviços há mais de 20 anos, a percepção era de que não havia programas formais de gestão da criação do conhecimento nas organizações hospitalares. No entanto, partindo do pressuposto básico que produzir protocolos médico-assistenciais implica, obrigatoriamente, em inovar ou promover novos conhecimentos, este estudo assumiu o posicionamento de entender que isto, mesmo não sendo intencional por parte dos hospitais, trata-se de uma gestão especial, na qual existem responsáveis e resultados a serem obtidos. No escopo da gestão do conhecimento como um todo, convém salientar que o estudo preocupou-se com a “gestão da criação do conhecimento” e não com a “gestão do conhecimento criado e a ser difundido”, embora haja inúmeros comentários sobre a difusão dos novos conhecimentos.

Os tipos de organizações hospitalares onde se deu a pesquisa mesclam diferentes missões e responsabilidades sociais da cidade de Porto Alegre (RS) e do interior do estado do Rio Grande do Sul. Organizações apenas públicas (SUS), de âmbito federal ou exclusivamente municipal; vinculadas ou não a Faculdades de Medicina, tendo, portanto, atividades ou não de ensino e pesquisa e serviços de residência médica; organizações unicamente privadas; organizações mistas (atendimentos pelo SUS e através de convênios); com ou sem serviços de residência médica; organizações de modelo assistencial geral, ou somente pronto-socorros; organizações cujos médicos e demais profissionais são também professores, concursados ou credenciados ao corpo clínico conforme o interesse da instituição. Devido a esta diversidade de organizações hospitalares e estruturas de trabalho junto às comunidades que atendem, não foi possível classificá-las em categorias para posterior análise das peculiaridades da gestão da criação do conhecimento em cada uma. Procura-se, portanto, abstrair este fato das informações e inferências obtidas da pesquisa de campo.

Dos serviços médicos e equipes multiprofissionais responsáveis pela produção dos protocolos médico-assistenciais, optou-se em explorar como a especialidade de cardiologia elabora seus protocolos. A escolha desta especialidade foi estimulada pelo fato de que a especialidade de cardiologia foi uma das precursoras em protocolos médico-assistenciais e a que mais os desenvolveu nos últimos anos. Ainda com respeito à especialidade da cardiologia, decidiu-se por investigar a conversão dos conhecimentos tácitos em explícitos relacionados à construção de protocolos médico-assistenciais de ordem clínica, uma vez que os cirúrgicos envolvem muitas vezes habilidades manuais inatas, de difícil compreensão sobre como se dá a conversão do conhecimento.

O estudo procurou saber, na percepção dos profissionais da saúde, as relações do ambiente contextual da estrutura organizacional onde são construídos os protocolos médico-assistenciais, com o processo gerencial estratégico conseqüente a essa construção.

A produção, codificação, articulação e difusão do conhecimento utilizou as Teorias de Nonaka e Takeuchi (1997) sobre a conversão do conhecimento e de Crossan, Lane e White (1999) sobre os processos de aprendizagem. Em relação a essas considerações, o estudo limitou-se basicamente a discutir a conversão do conhecimento tácito em explícito (externalização do conhecimento) de Nonaka e Takeuchi, atribuindo menor investigação às demais formas de conversão. Assim como a discutir principalmente as tensões de aprendizagem organizacional tipos *feed forward* e *feedback* de Crossan, Lane e White. Sempre tendo como pano de fundo a produção dos protocolos médico-assistenciais.

Todavia, o enfoque estratégico da gestão da criação do conhecimento foi pesquisado tão-só junto aos gestores das especialidades médicas e líderes das equipes multiprofissionais, e diretores dos hospitais. Pessoas com estreita vinculação às questões estratégicas tais como os cliente e consumidores (pacientes e familiares), assim como lideranças das operadoras dos planos de saúde, não foram entrevistadas. Neste sentido, considerando que foram colhidas opiniões sobre o processo estratégico gerencial a partir de entrevistas com os profissionais citados anteriormente, o conteúdo estratégico inferido pela pesquisa diz respeito basicamente à dimensão interna da organização sobre suas atitudes voltadas à sustentabilidade. Como se a organização depusesse sobre seu “auto-retrato” em relação ao comportamento estratégico que assume. Assim, a pesquisa não investigou a percepção dos clientes, consumidores e operadoras dos planos de saúde sobre o processo gerencial estratégico do hospital.

Sobre os recursos de desempenho superior constituintes dos protocolos médico-assistenciais, o estudo pesquisou exclusivamente a percepção sobre a maneira de como são integrados e combinados pelas capacidades gerenciais. Isto, além de conferir um atributo definitivamente estratégico a esses recursos, também favoreceu que se avaliasse a competência gerencial da organização. Portanto, embora comente, o estudo não entra no mérito da Teoria da Visão Baseada em Recursos (RBV), onde a fundamentação da vantagem competitiva está assentada nos fatores da heterogeneidade (valor e escassez do recurso), sustentabilidade (durabilidade, transparência, transferibilidade e replicabilidade do recurso) e apropriabilidade (mobilidade imperfeita do recurso).

Outra ressalva a ser feita é a de que embora o estudo também faça comentários sobre *competências essenciais*, muitas vezes discorrendo sobre a Teoria da Competição Baseada em Competências (*Competence-Based Competition*), é principalmente através da Teoria das

Capacidades Dinâmicas (*Dynamic Capabilities*) e do conteúdo do conhecimento criado que o trabalho analisa a percepção dos profissionais sobre o comportamento do processo gerencial estratégico.

O porquê desta estruturação do texto é explicável pelo fato de que se assume como oportunidade, dada principalmente ao leitor leigo (profissional da saúde), de fornecer uma melhor contextualização e um sentido mais pleno ao conjunto de idéias elaboradas pelo pesquisador.

### **1.3 Os Objetivos do Estudo**

#### **1.3.1 Objetivo geral**

Explorar como ocorre a gestão estratégica da criação do conhecimento através da construção de protocolos médico-assistenciais, observando a percepção dos profissionais da área hospitalar sobre a interação do contexto organizacional com o processo gerencial estratégico dos hospitais.

#### **1.3.2 Objetivos específicos**

- Identificar como os protocolos médico-assistenciais, fontes de conhecimento, são construídos pelos serviços médicos organizados e equipes multiprofissionais;
- Analisar a percepção sobre os fatores capacitantes e as barreiras do contexto organizacional, observando, inclusive, o compartilhamento de idéias e comparando a funcionalidade das equipes assistenciais às comunidades de prática;
- Analisar a percepção sobre o processo gerencial estratégico da criação do conhecimento influenciado pelo contexto, observando as capacidades dinâmicas e o conteúdo estratégico do conhecimento gerado;
- Elaborar uma estrutura de análise com a finalidade de avaliar o processo estratégico a partir dos levantamentos realizados, no sentido de aplicar em



futuras pesquisas sobre a gestão da criação do conhecimento nas organizações hospitalares.

#### **1.4 A Apresentação da Estrutura Geral do Projeto de Pesquisa**

Conforme os objetivos citados anteriormente, o estudo concentrou suas observações no contexto organizacional onde ocorre a construção de protocolos médico-assistenciais através dos serviços médicos, atentando às competências gerenciais responsáveis por esta ação considerada como de grande importância.

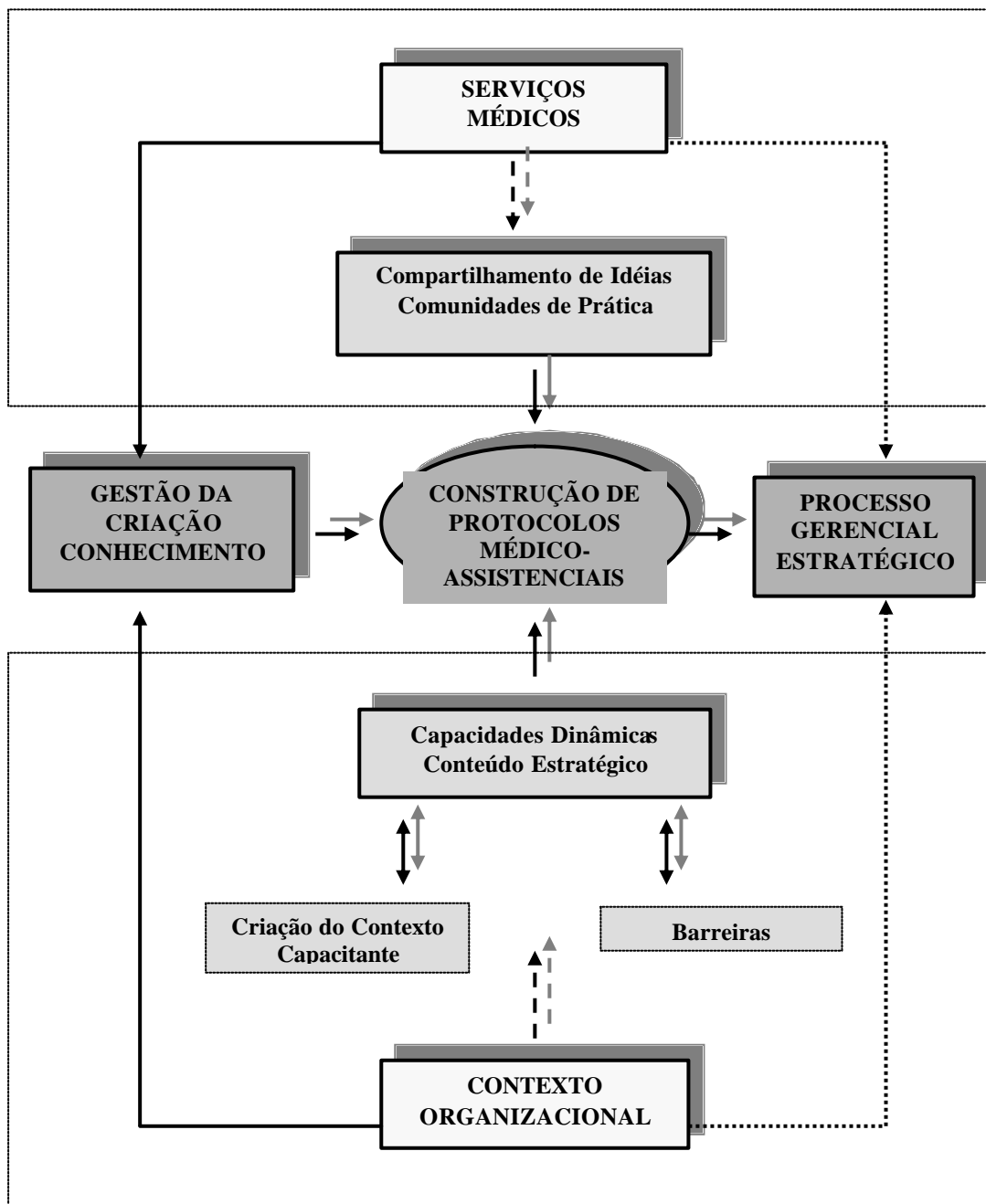
Ao se falar em “contexto organizacional”, o estudo discute as teorias sobre os elementos “capacitantes e as barreiras e tensões” à gestão da criação do conhecimento, principalmente segundo os autores Von Krogh, Ichijo e Nonaka (2001); Crossan, Lane e White (1999); e Nonaka e Takeuchi (1997).

Todavia, falar em contexto organizacional que capacita à inovação ou criação de novos conhecimentos implica, obrigatoriamente, em também contemplar as teorias sobre o “compartilhamento de idéias” e “comunidades de prática”. Para tanto foi indispensável debater os conceitos de Wenger (1998), e Ulrich e Lake (1990) respectivamente.

Do ponto de vista estratégico, o estudo se propôs a observar a integração e combinação gerencial dos recursos através do desenvolvimento das “capacidades dinâmicas” por meio das teorias de Teece, Pisano e Shuen (1997), o resultante “conteúdo estratégico do conhecimento gerado” baseado nas teorias de Sanchez e Heene (1997) e a “gestão de parcerias” embasadas nas teorias de Zajac e D’Aunno (1997).

Todas estas discussões têm como pano de fundo a construção de protocolos médico-assistenciais como sendo uma espécie de substrato do conhecimento, através da qual a gestão estratégica da criação do conhecimento é pesquisada e estudada. Como se o processo gerencial estratégico da produção de protocolos médico-assistenciais servisse à construção de novos conhecimentos em um laboratório de gestão.

A Figura 1 ilustra o universo teórico da pesquisa, considerando os elementos essenciais considerados chaves para o estudo.



**Figura 1: Estrutura geral do ambiente teórico de desenvolvimento da pesquisa. (Fonte: Autor da pesquisa)**

## **2. GESTÃO DO CONHECIMENTO**

Este capítulo aborda conceitos e o estado da arte sobre a gestão do conhecimento e o contexto da aprendizagem como um todo nas organizações, especificamente respaldado no que a literatura especializada da área da saúde comenta a respeito quando da sua aplicabilidade.

Na primeira parte do capítulo tenta-se estabelecer um elo conceitual entre aprendizagem organizacional e gestão da criação do conhecimento, entendendo que esta última é um exercício aplicado de transitar as várias aprendizagens ao encontro do coletivo.

No seguimento, o capítulo introduz e debate as definições sobre Medicina Baseada em Evidências, Diretrizes Clínicas e Protocolos Médico-Assistenciais no contexto da gestão hospitalar.

Também aproveita-se para caracterizar os Protocolos Médico-Assistenciais como instrumentos importantes da gestão da criação de conhecimento nas organizações hospitalares.

Ao término trás à tona o debate sobre informação *versus* conhecimento, com o intuito de firmar as diferenças conceituais entre um e outro.

### **2.1 A Gestão do Conhecimento no Contexto da Aprendizagem Organizacional**

A literatura especializada sobre aprendizagem organizacional tem se avolumado nos últimos anos. Várias são as abordagens de acordo com os diferentes autores. Pontos de vista diferentes tais como o estratégico, o político, o ético, o cultural, o processual e o analítico, fazem parte de um conjunto de questões que, ao se complementarem, determinam novas naturezas ao tema, com o intuito de torná-la mais próxima e íntima das exigências do mundo dos negócios e do mundo gerencial. Neste sentido é necessário organizar algumas questões conceituais que melhor retratem os assuntos a serem aprofundados, auxiliando no direcionamento da pesquisa e no entendimento por parte dos leitores.

Os aspectos conceituais da aprendizagem organizacional *versus* das organizações que aprendem, passaram a ser discutidos com ênfase a partir da década de 1980, diferenciando-se principalmente na ênfase dada por cada autor, ou como processo técnico (prescritivo e incremental) ou como processo social (descritivo) (ANTONELLO, 2005).

Conforme Antonello (2005), a aprendizagem organizacional é um processo contínuo de apropriação e geração de novos conhecimentos nos níveis individual, grupal e

organizacional, envolvendo todas as formas de aprendizagem – formais e informais – no contexto organizacional, alicerçado em uma dinâmica de reflexão e ação sobre as situações-problema e voltado para o desenvolvimento de competências gerenciais.

Bitencourt (2005, p. 39) comenta que a aprendizagem organizacional

**“pode ser considerada uma resposta alternativa às mudanças enfrentadas pelas empresas, é um processo em que busca desenvolver a capacidade de aprender continuamente a partir das experiências organizacionais e traduzir esses conhecimentos em práticas que contribuam para um melhor desempenho, tornando a empresa mais competitiva”.**

A construção de protocolos médico-assistenciais, através de grupos médicos, ou equipes assistenciais multiprofissionais, é parte integrante da criação de conhecimento técnico constantemente renovável. O contexto onde o conhecimento é compartilhado sofre influências facilitadoras ou não, determinando, para aquele hospital, um tipo de aprendizagem organizacional preciosamente coletiva que tem a chance de ser aproveitado durante o processo estratégico.

No âmbito da aprendizagem organizacional, “coletivo” tem a ver com “compartilhar”, questão aprofundada no decorrer do próximo capítulo.

A premissa da necessidade de um “pensar coletivo” por parte da organização é “chave” no sentido de orientar uma série de aspectos e atributos da aprendizagem organizacional que tendem a forçar-lhe uma natureza fundamentalmente processual, de dinamismo e movimento, sem os quais não há sentido. Ou seja, se não estiver associada a um sentimento coletivo, essa associação não estará positivamente vinculada aos processos de inovação e mudanças: **“A aprendizagem nas organizações só passa a ter sentido em administração se associada à mudança, haja intencionalidade ou não”** (ANTONELLO, 2005, p. 15).

Assim, as inovações e mudanças podem ser consideradas veículos da aprendizagem organizacional, que tanto do ponto de vista do negócio da organização, como do ponto de vista gerencial, preocupam-se em construir meios de sustentabilidade. Aprender e mudar são termos em constante intercâmbio.

Antonello (2005) em pesquisa bibliográfica através de revisão da literatura, identificou seis ênfases de abordagem ao tema da aprendizagem organizacional. (1) socialização da

aprendizagem individual; (2) processo-sistema; (3) cultura; (4) gestão do conhecimento; (5) melhoria contínua; e (6) inovação. Salienta que os dois últimos estão mais relacionados a uma dimensão de mudança.

O foco na gestão do conhecimento, principalmente relacionado às organizações hospitalares, é mais profundamente discutido na próxima seção desse capítulo. Entretanto, faz-se oportuno atentar já neste momento, para a necessidade de contemplar uma abrangência maior da aprendizagem em nível organizacional, indo além do foco da aprendizagem apenas individual.

Neste sentido, Nonaka e Takeuchi (1997) concentram suas observações na importância das organizações em se preocuparem com a *transformação do conhecimento tácito em explícito*. Exercício de criação de intensa responsabilidade da gerência, no sentido de veicular a transferência do conhecimento e nivelá-lo entre os vários níveis: individual, em nível de grupo, de organização e entre as organizações.

Crossan, Lane e White (1999), com o interesse de estudar os processos de aprendizagem organizacional, também desenvolveram uma estrutura de análise que contempla tanto os níveis como os processos de expressão do conhecimento nas organizações. Os níveis definidos são o *individual*, *grupais* e *organizacional*, enquanto os processos são a *intuição*, *interpretação*, *integração* e *institucionalização*. Claramente, a intuição ocorre em nível individual, enquanto a institucionalização está concentrada no nível organizacional. Entretanto, a *interpretação* comunica os níveis individual e grupais, enquanto a *integração* liga os níveis grupais e organizacionais.

Entende-se a dificuldade enfrentada em compreender de que modo uma habilidade tão tácita como, por exemplo, o conhecimento técnico de um cirurgião cardiovascular, pode se transferir (difundir) entre os demais cirurgiões. Trata-se, muitas vezes, de uma habilidade manual inata, de difícil reprodutibilidade por outros colegas. Todavia, no contraponto, a habilidade técnica de um médico clínico (conhecimento também tácito) não enfrenta as mesmas dificuldades de difusão entre os outros vários profissionais que, junto a ele, prestam serviços médico-assistenciais a uma vasta quantidade de pacientes através de equipes multidisciplinares. Assim, conforme assinalado no tópico destinado às delimitações do estudo, é principalmente na área da medicina clínica onde estão localizadas as grandes oportunidades de difusão coletiva do conhecimento, principalmente porque é uma área que envolve vários profissionais e formações diferentes, que necessitam legitimar uma linguagem comum e definitivamente se sentirem inseridos no contexto coletivo e estratégico. Mesmo os pacientes

cirúrgicos, nos períodos pré e pós-operatório, caracterizam-se como clínicos, ingressando no rol de pacientes que usufruem da difusão do conhecimento.

É de pouca valia no contexto estratégico da organização que o conhecimento em forma de vivências, habilidades e competências permaneça “estocado” entre algumas pessoas ou nos meios informatizados sem a devida utilização (SVEIBY, 1998).

A essência fundamental da aprendizagem organizacional é, através de um novo olhar por parte da organização, observar os fatos e eventos de forma diferente, identificando barreiras e favorecendo um contexto capacitante para novos comportamentos.

**“A aprendizagem organizacional surge da tensão entre o novo e o velho conhecimento, e também da transformação do conhecimento presente na memória de um indivíduo”** (ANTONELLO 2005, p. 23). Neste sentido, a construção de protocolos médico-assistenciais é o momento de encontro de duas práticas médico-assistenciais: uma tradicional (antiga) e empírica, e outra renovada, baseada nas melhores práticas cientificamente certificadas e disponíveis no momento, porém sempre de âmbito coletivo, pois que representar as concepções de uma coletividade acerca do seu papel assistencial.

No processo são fundamentais a estrutura e o comportamento organizacional, ambos favorecidos por canais de comunicação, ambiente laboral, procedimentos afins e políticas de incentivo que predisponham a ultrapassagem do simples plano individual de aprendizagem (ANTONELLO, 2005).

Von Krog, Ichino e Nonaka (2001) comentam que o conhecimento tem difícil definição e depende de diferentes pontos de vista, indo, desde o envolvimento de estruturas cognitivas que tentam descrever a realidade, conforme os cientistas da cognição, até situações específicas de *know-how*, conforme os gerentes das organizações. Além disso, os autores argumentam que o conhecimento pode assumir três aspectos distintivos em diferentes organizações:

1. O conhecimento é crença verdadeira e justificada com base nas observações do mundo (o conhecimento é uma construção da realidade e não uma simples compilação de fatos);
2. O conhecimento é explícito e tácito, mas é o conhecimento tácito que impõe mais desafios à organização no sentido saber de difundi-lo;
3. A eficácia da criação do conhecimento depende de um contexto capacitante (espaço compartilhado que favoreça e promova novos e bons relacionamentos).

Sob o foco da aprendizagem organizacional e inovação, detendo-se na responsabilidade da gestão no que diz respeito à gestão do conhecimento, tão importante quanto dominar o *know-how* da inovação de novos produtos e serviços, é entender como ela favorece o processo estratégico do “que fazer e porque fazer” - *know-what* e *know-why* (SANCHEZ e HEENE, 1997). Isto diz respeito ao conteúdo estratégico do conhecimento criado, tema discutido em profundidade nos capítulos subseqüentes.

Antes de aprofundar questões conceituais sobre a gestão estratégica da criação do conhecimento aplicada às organizações hospitalares, o estudo expõe seu entendimento sobre o que seja “gestão do conhecimento” baseado em definição desenvolvida por Terra (1999) durante sua defesa de doutorado: **organizar as principais políticas, processos e ferramentais gerenciais e tecnológicos à luz de uma melhor compreensão dos processos de geração, identificação, validação, disseminação, compartilhamento e uso dos conhecimentos estratégicos para gerar resultados para a empresa e benefício para os colaboradores.**

A adoção desta definição repousa na empatia existente entre ela e o olhar de pesquisa do estudo.

## **2.2 A Gestão do Conhecimento nas Organizações Hospitalares**

Conforme Hernandez e Kaluzny (1997), impulsionadas pela necessidade de aprendizagem, as organizações hospitalares experimentam quatro tipos básicos de mudanças:

1. *Técnicas*, condizentes com alterações nos métodos básicos de sustentação da assistência pelos quais a organização presta os serviços (modificações em padrões assistenciais, em fluxo de pacientes, decorrentes da aquisição de novas tecnologias, etc.);
2. *Nos produtos e serviços*, através do desenvolvimento de novos métodos diagnósticos e terapêuticos (principalmente em hospitais de ensino e pesquisa);
3. *Administrativas, estruturais ou estratégicas*, representativas de decisões gerenciais no sentido de promover alterações na capacidade instalada, na capacidade de gestão, na política de recursos humanos, nos sistemas de informações gerenciais e clínicos, nos sistemas financeiros, etc.;

4. *Nos recursos humanos*, referentes às atitudes, comportamentos e valores das pessoas e equipes assistenciais.

No seguimento, Janet Guptill, então presidente da *Healthcare Information & Management Systems Society* (HIMSS) vinculada a *Knowledge Management at Work*, à época da publicação do artigo “Knowledge Management in Health Care” em 2005, define gestão do conhecimento nas organizações de saúde como sendo o alinhamento de pessoas, processos, dados e tecnologias para otimizar a informação, colaboração, expertise e experiência, no sentido de orientar a performance e o crescimento organizacional. Esta autora fundamenta sua definição em três pontos básicos presentes nos processos de mudança:

- a. A necessidade de tornar *on-line* a crescente quantidade de informações digitalizadas;
- b. A neutralização de vantagens competitivas no realizar produtos mais rápidos, melhores e baratos, determinada pela globalização do conhecimento;
- c. A crescente complexidade dos processos de negócio cada vez mais dependentes de informações certas na hora certa para assegurar o controle e reduzir riscos.

Ao abordar cada ponto de fundamentação e inseri-los no contexto do conhecimento das organizações hospitalares a autora leva em consideração:

- A crescente quantidade de informações clínicas integradas é das questões mais críticas no processo decisório das organizações de saúde;
- A Medicina Baseada em Evidências (MBE) é hoje um processo em franca globalização que define padrões de atendimento e resultados;
- As alarmantes taxas de erros médicos em hospitais decorrentes de processos inadequados de conhecimento.

Observa-se que os temas que fundamentam os objetivos da gestão do conhecimento para Guptill (2005) são três: informações clínicas integradas, MBE e construção de



conhecimento, no sentido principal de padronizar a assistência com as melhores práticas e assim combater os erros médicos.

Em vista das premissas descritas anteriormente, Guptill (2005) desenvolveu uma estrutura de trabalho para utilizar no contexto da gestão da criação do conhecimento das organizações assistenciais com o intuito de melhorar os resultados do segmento da saúde. Reuniu cinco componentes da gestão do conhecimento:

1. Comunidades de prática;
2. Conteúdo gerencial;
3. Conhecimento e capacidade de transferir o conhecimento;
4. Performance de resultados;
5. Tecnologia e infra-estrutura de suporte.

*As comunidades de prática* atentam para a socialização do conhecimento entre as pessoas e equipes, observando a necessidade da colaboração do alcance de propósitos comuns, discutindo de que modo o conhecimento é formado, codificado, utilizado e comunicado. É oportuno salientar que se trata do único artigo encontrado na literatura especializada médica (hospitalar) que comenta sobre comunidades de prática no contexto da saúde

*O conteúdo gerencial* visa elaborar uma espécie de “livraria do conhecimento”, na qual estão disponíveis as políticas corporativas, procedimentos, recursos organizacionais, ferramentas de gestão, relatórios de performance, estratégias para difundir as informações, etc.

*A capacidade de transferir o conhecimento* é ressaltada como de grande importância, sendo apontada como a responsável por novos comportamentos que devem acompanhar a difusão e a inovação dos processos pela organização. A autora exemplifica o caso da *University of Southern California*, que conduziu pesquisa no sentido de apurar como o conhecimento da prática da clínica foi difundido pelo hospital, abrangendo vários interessados tais como médicos, administradores, clientes e fontes pagadoras.

*A performance dos resultados* sinaliza a capacidade organizacional de incorporar o sucesso trazido pelas inovações, através de mensurações de desfechos assistenciais, processos e satisfação. É uma visão de resultados que vem a seguir a construção de novos conhecimentos.

*A tecnologia da informação* tem os objetivos de simplificar os processos colaborativos e tornar o conhecimento prontamente avaliável. É vista como um meio para atingir uma finalidade.

Ao encerrar seu artigo, Guptill (2005) comenta que a gestão do conhecimento nas organizações assistenciais, se bem implementada, transformará os sistemas de saúde no mais custo-efetivo sistema dentre as organizações que lidam com recursos públicos.

### **2.3 Os Protocolos Médico-Assistenciais**

Os protocolos médico-assistenciais, também chamados de clínicos ou institucionais, são produtos da Medicina Baseada em Evidências (MBE).

A Medicina Baseada em Evidências é a integração das melhores evidências decorrentes de pesquisas cientificamente orientadas, com a habilidade clínica do médico responsável pela decisão e a preferência do paciente (SACKETT, 2003). É um método de organização de trabalho médico que visa vários resultados através da qualificação do processo decisório.

Por “melhores evidências científicas” é entendido o processo de pesquisa clinicamente relevante, a partir de estudos preferentemente randomizados, duplo-cegos e multicêntricos, portanto acurados e precisos, sobre os métodos diagnósticos, poder de indicadores de prognósticos, e eficácia e segurança de regimes terapêuticos, preventivos e reabilitadores. Segundo Drummond, Silva e Coutinho (2002), a palavra evidência é utilizada na MBE como um critério de maior certeza de determinados achados e opiniões, apoiado em dados e informações cuja análise é feita dentro de padrões previamente estipulados.

“Habilidade clínica” significa a união do conhecimento com a experiência médica no sentido de avaliar todas as questões que permeiam os problemas que afligem a saúde do paciente, seja ela orgânica ou emocional.

Os “valores dos pacientes” dizem respeito às crenças e vivências que moldam suas expectativas e comportamentos, elementos que devem ser considerados e compartilhados na hora das decisões.

Dando destaque à integração destes três elementos (evidências, habilidade clínica e valores dos pacientes), Sackett (2003) comentam que os clínicos e pacientes formam uma aliança diagnóstica e terapêutica que otimizam o resultado clínico e a qualidade de vida.

Em decorrência, este modelo de gestão é alicerçado na construção de instrumentos chamados de diretrizes clínicas, ou seja, documentos sistematicamente desenvolvidos por órgãos médicos competentes.

Toda a diretriz clínica tem dois componentes: (a) uma parte de ordem geral, que considera, uma vez frente a um paciente típico (não o caso em questão), a qualidade das evidências (validade, importância, atualização, nível de evidência) e os mecanismos de construção da evidência utilizados; e (b) uma parte específica, referente à aplicação no caso em questão, que leva em consideração aspectos locais (relevância do problema, políticos, sócio-econômicos, tradições) e a experiência clínica das equipes assistenciais, definindo, em conseqüências, graus de recomendação para a ação e fluxogramas. Os protocolos médico-assistenciais representam essa parte mais específica, sendo, portanto, desdobramentos das diretrizes clínicas aplicáveis a determinados grupos característicos de pacientes.

Poder-se-ia salientar, então, que as diretrizes assumem a responsabilidade pela organização hospitalar e que os protocolos dizem respeito direto à responsabilidade da equipe assistencial que decide pela sua utilização. De qualquer forma, tanto a construção de diretrizes clínicas e seus desdobramentos em protocolos médico-assistenciais, quanto sua implementação e aplicações, são processos ricos em aprendizagem organizacional.

Classicamente, a prática da MBE, que qualifica o processo decisório assistencial através da construção e implementação de protocolos médico-assistenciais, deve cumprir cinco passos (Sackett, 2003):

1. Transformação da necessidade de informação a partir de um problema em uma pergunta de pesquisa a ser respondida;
2. Identificação das melhores evidências para responder as perguntas formuladas;
3. Análise crítica da evidência quanto à validade, impacto e aplicabilidade da decisão;
4. Integração da análise crítica com a habilidade clínica do médico e os valores do paciente;
5. Avaliação da efetividade do processo, buscando sempre maneiras de melhorar a qualidade da decisão.

Drummond, Silva e Coutinho (2002) descrevem o modelo metodológico de trabalho da MBE desenvolvido à semelhança dos cinco passos descritos por Sackett (2003):

- a. Ver ou desenhar a situação clínica, através dos meios propedêuticos de observação e solicitação de exames embasados pela epidemiologia clínica;
- b. Questionar e relacionar os problemas, formulando corretamente as perguntas que irão orientar a pesquisa;
- c. Julgar a validade e a aplicabilidade das evidências levantadas;
- d. Agir ou tomar a decisão sobre o questionamento;
- e. Auto-avaliar ou apreciar os resultados assistenciais e pedagógicos.

Trata-se, portanto, de prática formal exaustiva, que envolve vários profissionais, técnicos e meios de informação.

Coffey, Richards, Remmert, Leroy, Schoville e Baldwin. (2005) observam que o desafio para diminuir o tempo de hospitalização, e conseqüentemente os custos agregados, é motivação chave para o desenvolvimento de protocolos médico-assistenciais. Os mesmos autores comentam que o hospital onde trabalham, a *University of Michigan Medical Center*, já implementou 36 protocolos, e muitos outros estão em fase de desenvolvimento e implementação.

Exatamente para fins gerenciais, Coffey *et al.* (2005) chamam a atenção para os atributos das diretrizes clínicas e dos protocolos médico-assistenciais:

- 1. Coordenação do cuidado:** Durante o desenvolvimento das diretrizes clínicas e especificamente dos protocolos médico-assistenciais, médicos, enfermeiros, e outros profissionais abordam todos os aspectos dos atendimentos. Isto favorece a criação do compartilhamento de expectativas e responsabilidades, assim como incentiva a boa comunicação.
- 2. Comunicação multidisciplinar:** Tradicionalmente, principalmente os médicos, ao evoluírem e prescreverem os pacientes eles determinam os procedimentos a serem executados. Entretanto, nem sempre os demais profissionais, inclusive outros médicos, compreendem ou estão aptos a compreender a ordem desejada. Este fato, muitas vezes exacerbado pela super-especialização da medicina (compartimentalização e segmentação de especialidades médicas), pode determinar um ambiente pouco colaborativo e inconsistente, propício à variabilidade de atitudes e resultados. A não compreensão das ordens também pode determinar demora na execução dos procedimentos. Neste sentido, os protocolos médico-assistenciais incentivam a

integração da equipe multidisciplinar a partir de uma linguagem comum codificada e legítima.

3. **Redução da variação dos processos e resultados:** Quando ocorre a variabilidade em populações semelhantes de pacientes, faz-se necessário reunir os profissionais e estabelecer um consenso sobre os padrões. É possível que possam estar ocorrendo práticas assistenciais não uniformes.
4. **Educação:** Os protocolos médico-assistenciais são um excelente instrumento de educação para as equipes multidisciplinares e estudantes no que diz respeito ao plano terapêutico e expectativas dos resultados. Não apenas em relação aos profissionais, mas especialmente também em relação aos pacientes e familiares.
5. **Cooperação:** O desenvolvimento e utilização dos protocolos médico-assistenciais encorajam a cooperação entre os vários profissionais para que metas da qualidade e da relação custo-benefício sejam mutuamente alcançadas.
6. **Recrutamento e retenção:** Ethridge e Lamb (1989) observam que as diretrizes clínicas, por permitirem o gerenciamento individual dos casos principalmente para o enfermeiro, além de favorecerem inovações gerenciais e contribuírem para o clima organizacional, também ampliaram as possibilidades de empregabilidade para a categoria.
7. **Transparência para as fontes pagadoras e financistas:** Considerando que as diretrizes clínicas são planos diagnósticos e terapêuticos a serem cumpridos, são instrumentos transparentes de avaliação, comunicação e orçamento. Neste sentido, servem para antecipar os custos e evidenciar a eficácia dos resultados.

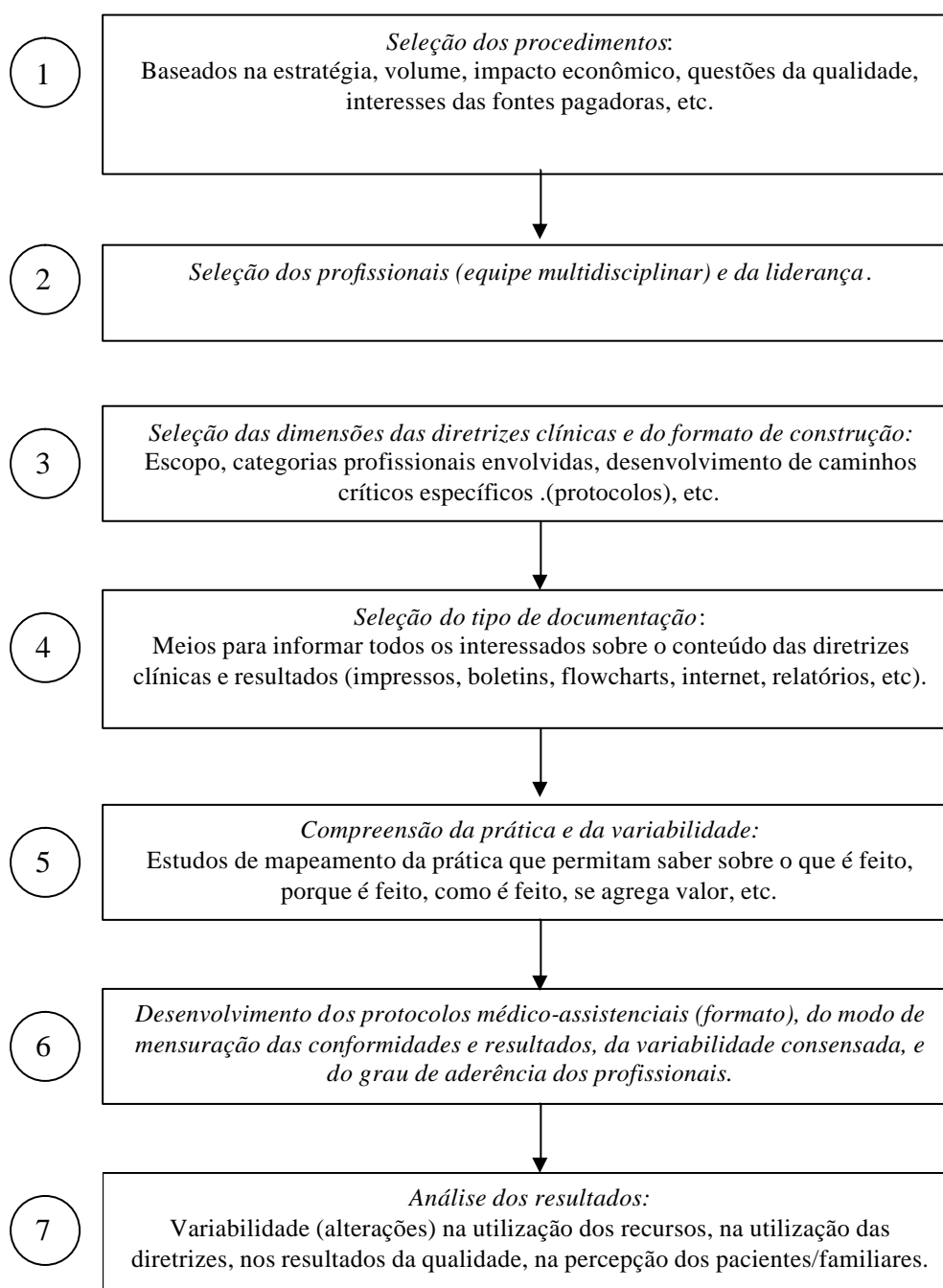
Pelo exposto através de Coffey *et al.* (2005), observa-se que a construção e implementação de protocolos médico-assistenciais são a criação de parte significativa do conhecimento técnico e atualizado da organização, permeando, através de questões estratégicas, táticas e operacionais, vários departamentos, processos e interesses.

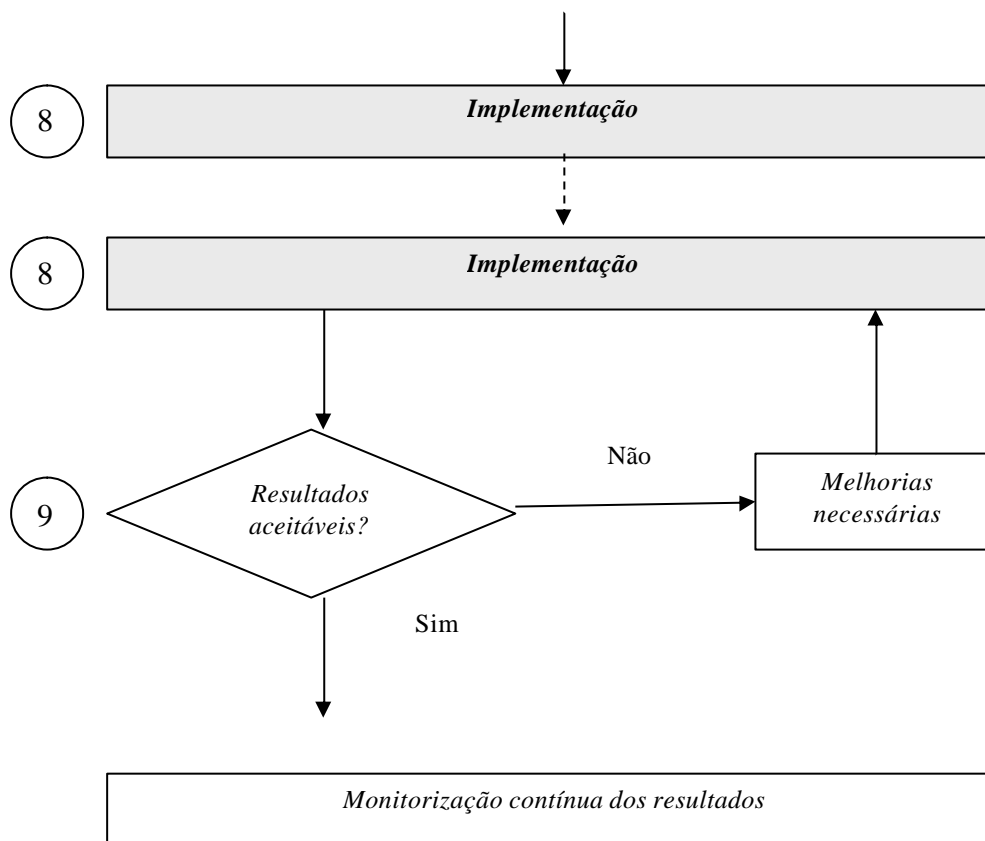
Conforme comentado anteriormente, os protocolos médico-assistenciais são instrumentos que surgem do acordo expresso entre ambas as partes – médicos ou equipes assistenciais, e pacientes e familiares. Por esta razão, tão ou mais importante que o conteúdo, são os elementos envolvidos na sua construção em seguimento às diretrizes clínicas. É de suma importância que as partes envolvidas sintam-se definitivamente comprometidas, criando

um ambiente favorecedor, desafio importante para os gestores clínicos, ou gestores da criação do conhecimento.

Neste sentido, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) (2004), apresenta como característica importante da gestão clínica, o saber desenvolver o compartilhamento dos sistemas de padronização dos problemas de saúde dos pacientes que ingressam num hospital por parte das equipes assistenciais, associados aos recursos que devem ser empregados.

A Figura 2, de modo ilustrativo, apresenta o modelo de construção dos protocolos médico-assistenciais a partir de diretrizes clínicas consensadas segundo Coffey *et al.* (2005). Este modelo pode ser considerado como o núcleo estrutural de trabalho da gestão da criação do conhecimento.





**Figura 2: Desenvolvimento e implementação das diretrizes clínicas**

(Fonte: Baseado em Coffey *et al.*, 2005)

O Anexo A, “Diretrizes Assistenciais do Hospital Sírio-Libanês”, elaborado por conceituado hospital da cidade de São Paulo, através da “Normatização de Condutas para Exames Diagnósticos e Terapêuticos Eletivos em Hemodinâmica” (BENTO, 2006) do Serviço de Cardiologia, apresenta em forma de texto como devem ocorrer esses procedimentos naquela instituição. Chama-se a atenção ao que consta na capa do documento grifado na cor amarela (sinalização proposta pelo serviço do hospital). Pode-se ler: **“Aprovada em reunião com Corpo Clínico em 05-09-2006. Mantida em consulta pública até 20-10-2006”. Próxima revisão em março de 2008”**.

Este exemplo tem a intenção de demonstrar ao leitor as potenciais inovações e renovações de conhecimentos que todos os protocolos médico-assistenciais podem acarretar. Muito provavelmente em março de 2008 outras verdades tecnológicas constarão nos protocolos médico-assistenciais responsáveis pelos exames diagnósticos e terapêuticos

eletivos de hemodinâmica. Assim, como várias alterações grifadas na cor amarela já constam nesta atualização aprovada em setembro de 2006 (vide conteúdo do documento).

A ilustração deste fato por meio deste Anexo deve-se ao fato de que doravante, várias vezes o estudo vai se reportar aos protocolos médico-assistenciais como repositórios renováveis de conhecimento.

O Anexo B, “Unidades de Dor Torácica: Uma Forma Moderna de Manejo de Pacientes com Dor Torácica na Sala de Emergência” (BASSAN, 2002), do Hospital Pró-Cardíaco do Rio de Janeiro, publicado no periódico *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* em 2002, **exemplifica a linguagem codificada, articulada, de fácil compreensão e transmissibilidade**, através de “rotas e algoritmos” diagnósticos e terapêuticos elaborados a partir de protocolos médico-assistenciais na dependência do estado de saúde do paciente.

#### **2.4 Informação versus Conhecimento: O Papel dos Sistemas Informatizados do Conhecimento**

A gestão da informação tem como desafio principal solucionar as necessidades de informação sobre o que acontece com os vários recursos (financeiro, pessoas, insumos, equipamentos e tecnologia). Do ponto de vista da gestão, a informação é um insumo cognitivo básico que auxilia de modo importante para o conhecimento, planejamento e avaliação hospitalar (OPAS, 2004). Ela está embasada no manejo de recursos relacionados à computação, tecnologia e processos, mas a capacitação dos usuários é fundamental para a gestão e a operação dos sistemas de informação e o uso dessa informação.

Embora estejam relacionados, informação não é sinônimo de conhecimento e vice-versa. Esta seção vem justamente ao encontro dessas divergências conceituais, no sentido de discutir as diferenças e posicionar a gestão dos sistemas de informação como um dos pilares da gestão do conhecimento como um todo, porém sem confundir-las.

Na experiência do pesquisador que executa funções de médico e gestor de setor da saúde, é freqüente se ouvir nos hospitais que a tecnologia da informação pouco auxilia na tomada de decisão diagnóstica e terapêutica, servindo, apenas, para o controle econômico-financeiro da organização.

Existe o conceito por parte de alguns profissionais da saúde, que o conhecimento não é gerado e compartilhado, exclusivamente pela inoperância da tecnologia da informação, como se informação e conhecimento tivessem o mesmo significado.



Conforme Davenport e Prusak (1998, p. 4),

**“a informação é uma ‘mensagem’ na forma de um documento ou de uma comunicação audível e visível (...) tem um emissor e um receptor (...) tem por finalidade mudar o modo como o destinatário vê algo, exercer algum impacto sobre seu julgamento e comportamento”.**

Para os mesmos autores (1998, p. 6),

**“Conhecimento é uma mistura fluida de experiência condensada, valores, informação contextual e *insight* experimentado, a qual proporciona uma estrutura para a avaliação e incorporação de novas experiências e informações. (...) Nas organizações, ele costuma estar embutido não só em documentos ou repositórios, mas também em rotinas, processos, práticas e normas organizacionais”.**

Ou seja, o conhecimento é amplo, aprofundado e faz parte da vivência das pessoas, sendo por vezes difícil de ser representado por palavras ou entendido de forma lógica. O conhecimento está próximo às ações. A informação também desfruta de extrema importância, mas tem apenas a intenção de comunicá-lo. Um meio pelo qual o conhecimento possa ser utilizado e difundido. De forma reducionista, a informação é apenas *meio* enquanto o conhecimento é *atividade fim*.

A gestão dos sistemas de informação nos hospitais detém um destaque de referência no apoio à produção dos serviços, pois é responsável pela coleta de dados, processamento de informações, disseminação dessas informações, qualidade da utilização dessas informações e comunicação em redes.

À medida que a informação torna-se mais importante na contenção dos custos e na melhoria da efetividade dos serviços, mais pressão é exercida no sentido de que ofereça soluções que auxiliem no alcance de metas. Nos últimos anos, com a ênfase voltada à obtenção de *informações* e não apenas à obtenção de *dados*, os hospitais têm se preocupado em saber informações dotadas de relevância sobre os serviços oferecidos. **“A melhoria da atenção médica é obtida por meio de um trabalho sobre o sistema de informação, que**

**pode produzir mudanças na organização ou nos procedimentos a serviço da qualidade”**  
(OPAS, p. 323, 2004).

Assim, é de extrema importância o planejamento dos sistemas de informação. Devem contemplar a missão e visão do hospital, suas estratégias e seus sistemas de gestão, para o apoio à operação e controle dos serviços. Em suma, o planejamento deve observar um desenho da informação que, adequadamente, aborde e dê respostas aos usuários da melhor maneira possível. Este é o momento para inserir na programação dos sistemas de informação os vários interesses compartilhados.

No meio hospitalar assim como nas empresas em geral, todos afirmam ter consciência da importância das informações para a tomada de decisões. No entanto, com frequência o pessoal diretamente responsável não compreende totalmente a dimensão do valor da tecnologia da informação na atenção médico-assistencial ou na gestão da atenção à saúde, nem os esforços necessários para tanto. Número considerável de gestores tem insuficiente capacidade e experiência para acessar, analisar e utilizar a informação na sua gestão (OPAS, 2004).

A gestão do conhecimento atenta às dificuldades de utilização plena da tecnologia de informação por parte dos gestores estará contribuindo à agregação de valor estratégico da informação aos processos de mudança e fortalecendo a tomada de decisão (SVEIBY, 1998).

Sem esta preocupação, além da privação de não contar inteiramente com o valor intrínseco da função de informar, uma organização hospitalar perde a possibilidade de, através dos sistemas de informação, usufruir da vantagem de atuar como meio de comunicação e alinhamento da estratégia. Se a informação é um modo de transmitir e de difundir o conhecimento construído, a tecnologia da informação através de uma gestão eficaz deve atuar como meio de comunicação entre os diversos profissionais, facilitando-lhes o compartilhamento de idéias e objetivos.

A gestão da informação inserida em uma gestão do conhecimento também aumenta a coerência da organização, pois contribui para aglutinar as funções dos diversos participantes do hospital (OPAS, 2004). Isto implica em difundir a informação de forma integrada e comunicar as decisões aos diferentes níveis hierárquicos.

Entretanto, com o propósito de atender questões de coerência, alinhamento e difusão do conhecimento através dos sistemas de informação, é fundamental a descentralização das decisões, permitindo que os níveis nitidamente operacionais desenvolvam e exercitem uma gestão autônoma. Neste contexto, as comunidades de prática são elementos agregadores que podem estimular sobremaneira essa necessária descentralização.

Diante destas considerações acerca da gestão da informação integrante de uma gestão do conhecimento, o sistema de informação hospitalar poderia encarar o desafio de, através da geração do conhecimento, promover a integração de todos os profissionais e atividades hospitalares, reagrupando-lhes no sentido de conduzir os serviços com qualidade, racionalização dos custos e refinamento das estratégias. Isto em última análise quer dizer *que os sistemas de informação são a sustentação à legitimação de uma linguagem comum, unificada e refinada.*

No seguimento a esta discussão, Alavi e Leidner (2001) organizaram os tipos de conhecimento e as devidas perspectivas no sentido de paralelamente provocar implicações e soluções que venham ao encontro da gestão dos sistemas informatizados que sustentem a gestão do conhecimento.

Muita crítica é feita aos sistemas informatizados dos hospitais, de toda ordem e por todos os profissionais. Antes da realização da pesquisa já se supunha que as críticas seriam contundentes. Mas uma assertiva é verdadeira: *um sistema informatizado do conhecimento não é a essência do conhecimento de uma organização, mas uma poderosa ferramenta que lhe sustenta a transmissão entre as pessoas nos vários níveis e auxilia sobremaneira o seu estoque e difusão por todas as cadeias da organização.*

Entrando na ceara dos movimentos estratégicos, os sistemas de gerenciamento do conhecimento referem-se a uma classe de sistemas de informação aplicados ao gerenciamento do conhecimento organizacional. São sistemas de TI baseados no suporte à melhora dos processos organizacionais de criação, estoque, recuperação, transferência e aplicação do conhecimento.

Esta visão de organização como um sistema de conhecimento sustentado pela tecnologia de informação, representa ambas as naturezas de uma organização do conhecimento: cognitiva (individual) e social (práticas coletivas e culturais).

Segundo observam Alavi e Leidner (2001), este é um processo que não representa um conjunto monolítico de atividades, *mas um conjunto interconectado de atividades.* Considerando que estas atividades são recursos baseados em conhecimento geralmente difíceis de imitar e socialmente complexos, a visão baseada em recursos, para esses autores, assume este conhecimento como um bem que pode produzir vantagem competitiva sustentável por longo tempo. Entretanto, os mesmos autores afirmam que as empresas têm pouca habilidade para, efetivamente, aplicar o conhecimento já existente criando um novo conhecimento e assim determinar uma vantagem competitiva a partir desses bens.

Um aspecto que colabora para a dificuldade em efetivamente aplicar o conhecimento já existente refere-se à memória organizacional (MÜLLER, 2000). Embora a organização crie conhecimento e aprenda, ela também esquece. Então, o estoque e a recuperação do conhecimento se constituem em um importante aspecto da efetividade da gestão do conhecimento. A memória da organização inclui o conhecimento mantido sob várias formas: documentos escritos, informações estruturadas em meios eletrônicos, codificações estocadas em sistemas inteligentes, processos e conhecimento tácito adquirido individualmente ou através de redes de trabalho, etc.

A memória da organização tem um lado positivo e um lado negativo que potencialmente influencia o comportamento organizacional (MÜLLER, 2000). O aspecto positivo diz respeito àquelas experiências que agregaram valor no sentido de facilitar mudanças futuras. Todavia, também auxiliam no momento de reaplicar as soluções em forma de padrões e procedimentos, fazendo com que haja racionalização de recursos. De outra feita, a memória da organização pode influenciar negativamente a performance individual e organizacional. No nível individual, a memória da organização pode favorecer decisões distorcidas, ao passo que, no nível organizacional, a memória pode determinar a manutenção de um *status quo*. Isto leva a organização a um estado de pretensa estabilidade que dificulta o ambiente das mudanças necessárias.

Todas estas considerações têm profunda influência na gestão dos protocolos médico-assistenciais, desde a sua construção até a sua implementação. É perfeitamente compreensível que protocolos são estoques de conhecimento, devendo estar disponíveis para uso em qualquer momento. No entanto, devido a permanente necessidade de renovação dos protocolos em decorrência da necessidade de incorporar novas tecnologias e novos modelos assistenciais, os sistemas de gerenciamento do conhecimento podem possuir como atributos estratégicos, mecanismos ágeis que contemplem a velocidade sob a qual se dá esta renovação.

O Quadro 1 elaborado por Alavi e Leidner (2001) é uma maneira de resumir as perspectivas do conhecimento e suas implicações para a gestão do conhecimento e, principalmente, para a gestão dos sistemas informatizados de conhecimento.

<b>Perspectivas</b>	<b>Conhecimento</b>	<b>Implicações para a Gestão do Conhecimento</b>	<b>Implicações para a Gestão de Sistemas Informatizados do Conhecimento</b>
<b>Dado e informação</b>	Informação personalizada.	Foca na exposição individual da informação no sentido de facilitar potencialmente sua assimilação.	O papel da TI é auxiliar na maior assimilação da informação.
<b>Estado mental</b>	Estado de compreensão e cumplicidade.	Envolve melhorias na aprendizagem individual e na compreensão através da provisão da informação.	O papel da TI é facilitar o acesso às causas do conhecimento antes do conhecimento em si.
<b>Objeto</b>	É um objeto para ser estocado e manipulado.	A questão chave é construir e gerenciar estoques de conhecimento.	O papel da TI é juntar, estocar e transferir conhecimento.
<b>Processo</b>	Aplicação da expertise.	Processo caracterizado pelo fluxo de criação, compartilhamento e difusão do conhecimento.	O papel da TI é criar condições para o aprofundamento do fluxo do conhecimento.
<b>Acesso à informação</b>	Condição para acessar a informação relevante.	Foca na organização do acesso e recuperação do conteúdo.	O papel da TI é providenciar uma busca efetiva pelo conhecimento e desenvolver mecanismos de recuperação que foquem na informação relevante.
<b>Capability</b>	Potencial para influenciar a ação.	Construção de competências essenciais e compreensão estratégica do know-how.	O papel da TI é melhorar o capital intelectual através do desenvolvimento de suporte individual e das competências.

**Quadro 1: Perspectivas do conhecimento e implicações sobre a gestão dos sistemas informatizados do conhecimento** (Fonte: ALAVI e LEIDNER, 2001)

Um projeto ou programa de gestão estratégica da criação do conhecimento poderia direcionar e alicerçar seu escopo de interdependência com a tecnologia da informação baseado nesse Quadro.

### **3. CONTEXTO ORGANIZACIONAL**

O capítulo a seguir apresenta e discute os fatores capacitantes do contexto organizacional, assim como suas barreiras e tensões à gestão estratégica da criação do conhecimento.

Nas questões pertinentes aos fatores do contexto que favorecem à gestão da criação do conhecimento, o capítulo introduz o conceito e a finalidade do “compartilhamento de idéias” e as “comunidades de prática”. Elementos visceralmente participantes de um contexto capacitante segundo algumas teorias.

Quanto às barreiras o capítulo explora, no campo teórico, algumas situações ímpares quando da conversão do conhecimento tácito em explícito, assim como também discute as tensões *feed forward* e *feedback* da aprendizagem organizacional durante a institucionalização do conhecimento.

Como pano de fundo, todas as discussões sobre o contexto organizacional são acompanhadas por observações a respeito da produção de protocolos médico-assistenciais.

#### **3.1 Contexto Capacitante**

Ao abordar o contexto capacitante para a gestão da criação do conhecimento nas organizações hospitalares optou-se por incorporar, nesta seção, a questão do “compartilhamento de idéias” e a “caracterização das comunidades de prática”. Tal decisão repousa no fato de que, para alguns autores, este compartilhar agrega, de modo significativo, fatores que auxiliam o contexto a se tornar mais capacitante. De maneira concomitante, as comunidades de prática são vistas pela literatura especializada como um “caldo de cultura”, onde o compartilhamento de idéias fecunda, inova e altera o caráter organizacional das instituições.

Von Krogh, Ichino e Nonaka (2001) comentam que o conhecimento tem difícil definição e depende de diferentes pontos de vista, indo, desde o envolvimento de estruturas cognitivas que tentam descrever a realidade, conforme os cientistas da cognição, até situações específicas de *know-how*, conforme os gerentes das organizações. Além disso, os autores argumentam que o conhecimento pode assumir três aspectos distintivos em diferentes organizações:

1. O conhecimento é crença verdadeira e justificada com base nas observações do mundo (o conhecimento é uma construção da realidade e não uma simples compilação de fatos);
2. O conhecimento é explícito e tácito, mas é o conhecimento tácito que impõe mais desafios à organização no sentido de difundir-lo;
3. A eficácia da criação do conhecimento depende de um contexto capacitador (espaço compartilhado que favoreça e promova novos e bons relacionamentos).

Conforme Von Krogh, Ichino e Nonaka (2001, p. 19), criar o contexto adequado **“apresenta estreita vinculação com a estrutura da empresa, pois a maneira como se constituem e interagem entre si as equipes (...) determina a extensão em que se valoriza o conhecimento”**. Assim, o contexto capacitante se fundamenta na solicitude das pessoas (equipes) dentro da organização, sendo que o seu desenvolvimento é o substrato para o conhecimento, principalmente quando alinhado à estratégia organizacional. Para os mesmos autores, a criação do contexto capacitante é tão importante que interfere em todas as etapas da criação do conhecimento.

A seguir são descritos os cinco fatores capacitantes da criação do conhecimento segundo os autores:

- a. Instilar a visão do conhecimento;
- b. Gerenciar conversas;
- c. Mobilizar ativistas;
- d. Criar contexto adequado;
- e. Globalizar o conhecimento.

### **3.1.1 Instilando a visão do conhecimento**

Em vista de que são inúmeras as dificuldades em prever a evolução do conhecimento no ambiente interno das organizações, torna-se pertinente uma abordagem estruturada que auxilie os gerentes a mudar crenças justificadas sobre os clientes, tecnologias, estratégias e forças de trabalho.

Esta questão envolve, na linguagem de Von Krogh, Ichijo e Nonaka (2001), o *instilar a visão do conhecimento*, um dos condicionantes capacitantes à gestão da criação do conhecimento. A importância disto reside no fato de que auxilia os gerentes a estimular a formação de micro-comunidades, justificar conceitos, nivelar o conhecimento na organização e, principalmente em termos estratégicos de avanço, estimular planos de negócios.

A visão do conhecimento confere aos gerentes um mapa mental do mundo onde devem viver e especificar quais conhecimentos devam ser buscados e criados, no sentido de indicar o grau de deslocamento do presente rumo ao futuro. Assim, a visão do conhecimento está atrelada a estratégias de avanço, enfatizando o desempenho e o sucesso da organização no futuro.

Sobre organizações nas quais existe a preocupação em “instilar a visão do conhecimento”, Leonard-Barton (1992) as caracteriza pelo tempo que dedicam à criação, coleção e controle do conhecimento, fazendo com que grande quantidade deste conhecimento se faça presente na utilização dos equipamentos, nos processos e incorporado nas pessoas. Todavia, conforme a autora, isto não ocorre espontaneamente, devendo ser delegado, criado e mantido através de constante atenção gerencial para comunicar os valores presentes, observar detalhes importantes, e adaptar qualquer elemento que não esteja em sintonia.

Percebe-se na necessidade de *instilar a visão do conhecimento*, que a organização deve em primeiro lugar traduzir e alinhar seus objetivos estratégicos junto as suas lideranças, dentre os quais pode constar a importância de pregar a visão do conhecimento.

### **3.1.2 Gerenciando conversas**

Para Von Krogh, Ichijo e Nonaka (2001), em qualquer projeto a criação de conhecimento deve ocorrer em um ambiente de solicitude, no qual os membros desenvolvem forte interesse em aplicar o conhecimento aprendido. Para tanto, neste ambiente de solicitude, em qualquer que seja a fase da criação do conhecimento os bons relacionamentos eliminam do processo os componentes relacionados à desconfiança e medo que tanto fomentam barreiras pessoais e organizacionais.

O gerenciamento das conversas

**“proporcionam maior grau de criatividade; estimulam o compartilhamento de conhecimentos tácitos e a criação e justificação de**



**conceitos; são essenciais para o desenvolvimento de protótipos poderosos; e lubrificam o fluxo de conhecimento por meio dos vários níveis organizacionais” (VON KROGH, ICHIJO e NONAKA, 2001, p. 18).**

Dos vários princípios sobre *gerenciar as conversas*, comentados por Von Krogh, Ichijo e Nonaka (2001), o “fomentar a linguagem inovadora” representa um recurso valioso para a construção dos protocolos médico-assistenciais, pois auxilia a definir e tornar conhecido um novo serviço assistencial, promovendo a tradução de uma linguagem que transmite e difunde o seu significado entre todos os profissionais envolvidos e por toda a organização.

Pode-se considerar que se trata de um instrumento de justificação de novas crenças e construção de novos paradigmas, imprescindível às mudanças nas organizações hospitalares e à criação de novos conhecimentos através da incorporação de inovações tecnológicas.

### **3.1.3 Mobilizando ativistas**

Conforme Von Krogh, Ichijo e Nonaka (2001), a *mobilização de ativistas* implica investir naquelas pessoas que iniciam e coordenam os processos de criação do conhecimento. Esta mobilização auxilia no alcance de maior participação nos processos de justificação de conceitos e construção de protótipos, onde as micro-comunidades de conhecimento tornam-se mais reforçadas pela concentração de especialistas. No seguimento, a *mobilização de ativistas* teria mais condições de localizar redundâncias ou sinergismos no novo conhecimento explícito, ajudando cada comunidade a melhor alinhar seu trabalho com a visão geral.

As micro-comunidades de conhecimento baseadas em processos sociais de trabalho são, para Von Krogh, Ichijo e Nonaka (2001), o elemento estrutural, o arcabouço da capacitação para o conhecimento. Comunidades de conhecimento são capazes de compartilhar certas práticas, rotinas e linguagens, mas para que o processo de socialização gere novos conhecimentos tácitos o grupo deve ser pequeno, entre cinco a sete pessoas. Daí a terminologia “micro-comunidades”. Entretanto, para os autores, o diferenciamento das micro-comunidades vai além de um simples número de constituintes.

À semelhança das comunidades de prática (WENGER, 1998), elas se diferenciam pelas interações face a face dos membros, permitindo que conheçam de forma mais direta os seus interesses, agendas e formas de comportamento.

No seguimento a este capítulo, tratar-se-á em profundidade do tema “comunidades de prática” como tendo uma atitude comportamental mais abrangente do que as “micro-comunidades”.

Estas características comportamentais tendem a promover um ambiente de confiança e conseqüentemente de solicitude, favorecendo o compartilhamento dos conhecimentos tácitos.

O compartilhamento do conhecimento tácito é sobremaneira vulnerável às barreiras organizacionais. Conforme Von Krogh, Ichijo e Nonaka (2001), isto está diretamente relacionado ao nível de solicitude, alto ou baixo das organizações, que implica no processo de criação do conhecimento.

Principalmente quando as organizações estão expostas a ambientes hiper-competitivos haveria o risco da remoção do principal lubrificante do processo de criação do conhecimento: a solidariedade entre os membros (VON KROGH, ICHIJO e NONAKA, 2001). Traduzindo a mensagem dos autores, um contexto de grande competitividade pode problematizar o contexto capacitante, pois induziria as pessoas a agir de modo pouco confiável, negando ajudas e desenvolvendo resistência a novas aprendizagens e conhecimentos.

Baseados em suas pesquisas, Von Krogh, Ichijo e Nonaka (2001) comentam as “dimensões da solicitude”: (a) confiança mútua; (b) empatia ativa; (c) acesso à ajuda; (d) e leniência no julgamento e coragem. É difícil expor conhecimentos individuais e valiosos em ambientes de desconfiança. No momento em que são desconhecidos todos os motivos, preferências, interesses e antecedentes pessoais daqueles que se responsabilizam pela conversão do conhecimento tácito em explícito, é compreensível que um certo tipo de insegurança se instale. Assim, é imprescindível a confiança de que os novos conhecimentos serão utilizados com o propósito exclusivo do crescimento mútuo.

### **3.1.4 Criando o contexto adequado**

O quarto capacitante para Von Krogh, Ichijo e Nonaka (2001), a *criação do contexto adequado*, envolve estruturas organizacionais que fomentem relacionamentos sólidos e colaboração eficaz. Ou seja, o fundamental é estruturar a empresa de modo que a criação do

conhecimento seja efetiva, rumo à quebra de barreiras pessoais e organizacionais quanto possível, reforçando, dessa maneira, a interação entre os conhecimentos tácitos e explícitos.

Sob a perspectiva de Von Krogh, Ichijo e Nonaka (2001, p. 217), o contexto capacitante é o fator que impulsiona a criação de conhecimento, e *ba* se refere ao contexto adequado pois

**“fomenta novos relacionamentos dentro das micro-comunidades, entre as fronteiras dos grupos, em todo o âmbito da organização, promovendo as iniciativas necessárias à liberação do conhecimento tácito. *Ba* é basicamente um espaço compartilhado, que serve de fundamento para a criação de conhecimento, caracterizando-se geralmente por uma rede de interações. (...) o conceito de *ba* unifica os espaços físicos, os espaços virtuais e os espaços mentais envolvidos na criação do conhecimento”.**

Von Krogh, Ichijo e Nonaka (2001) defendem que é possível a construção deliberada de um contexto capacitante através de espaços físicos adequados (salas de reunião), conexões informatizadas (redes de computador) ou por meio de forças-tarefas, equipes e seminários. Assim, o contexto capacitante é um espaço de conhecimento compartilhado, que encoraja e fomenta a participação em diferentes níveis, promovendo a convivência em organizações de alta solicitude. Todavia, o contexto capacitante também surgiria através de geração espontânea, embasados em confiança, apoio e comprometimentos mútuos. Nesse caso os gerentes devem estar atentos a formas de reconhecer e amoldar situações de *ba*. Paralelamente, os gerentes necessitam: (a) criar condição de autonomia compatível com a situação dos participantes; (b) um certo nível de caos criativo; (c) uma organização solícita.

Os próprios Von Krogh, Ichijo e Nonaka (2001) reconhecem que o conceito de “contexto capacitante” é muito semelhante ao de “comunidade de prática” desenvolvido principalmente por Wenger em 1998. Entretanto, as diferenças básicas seriam: (a) enquanto a comunidade de prática é um lugar onde os membros aprendem conhecimentos já existentes, o contexto capacitante ajuda a criar novos conhecimentos; (b) as fronteiras de uma comunidade de prática são definidas com nitidez pelas respectivas tarefas, enquanto o contexto capacitante é caracterizado por seus participantes e pode ser mudado facilmente; (c) a composição das comunidades de prática é altamente estável e os novos membros demoram algum tempo para se converterem em participantes integrais. Conforme já mencionado, as comunidades de prática serão discutidas em seção à parte no seguimento do capítulo.

É possível observar que o contexto capacitante é uma forma avançada (evoluída) da comunidade de prática, baseada em um projeto estrutural formalizado, contendo ações organizativas de planejamento e controle.

Von Krogh, Ichijo e Nonaka (2001) chamam a atenção para os tipos de interações que formam a espiral do conhecimento através da qual os gerentes criam o contexto adequado:

- **Concepção** – interações individuais face a face: Caracteriza-se pelo compartilhamento do conhecimento tácito entre os indivíduos através de quaisquer ações ao praticarem atitudes que levam à solicitude, confiança e comprometimento.
- **Interlocução** – interações coletivas face a face: Caracteriza-se pela promoção de conversas em grupo para a formação de conceitos, permitindo o compartilhamento de modelos mentais e as habilidades de cada membro, reforçando a conversão do conhecimento tácito em explícito de forma mais consciente daquela através da concepção.
- **Internalização** – interações individuais virtuais: Caracteriza-se pela reconversão do novo conhecimento explícito em conhecimento tácito, através da internalização de conhecimentos por meio de manuais, vídeos e outros, difusos pela empresa.
- **Documentação** – interações coletivas virtuais: Caracteriza-se pela conversão do conhecimento explícito a uma grande quantidade de pessoas através de documentos escritos que envolvem diferentes formas de combinação.

Do ponto de vista da criação de conhecimento através da construção de protocolos médico-assistenciais, os quatro tipos de interação ocorrem. A construção dos protocolos é decorrência dos processos face a face de *concepção* e *interlocução*. A partir daí, ao se tornarem documentos explícitos para uso, sofrem o processo de *internalização*, justamente quando um indivíduo necessita utilizá-lo, ou o processo de *documentação*, quando vários profissionais deles possam usufruir. Entretanto, o contexto capacitante que predispõe a construção dos protocolos não é mera decorrência apenas de um organograma e de uma estrutura formal, mas obrigatoriamente determinado pela qualidade e aprofundamento das interações dos integrantes.

### 3.1.5 Globalizando o conhecimento

Von Krogh, Ichijo e Nonaka (2001) comentam os desafios enfrentados pela gerência através de um programa de criação do conhecimento rumo à capacitação da organização vinculado à *globalização do conhecimento*. A partir de uma análise de cenário, aonde oportunidades e ameaças aparecem, eles sugerem que em primeiro lugar a organização considere o que é mais importante – captar, transferir ou criar novos conhecimentos? E independente da resposta e tão importante quanto esta, é lembrar que a criação ou recriação do conhecimento exige forte comprometimento gerencial com a análise dos processos e métodos de trabalho, com o entendimento da cultura organizacional e com os capacitantes do conhecimento. **“Do contrário, não se consegue o tipo de contexto capacitante geral que estimula o compartilhamento do conhecimento tácito e a inovação”** (VON KROGH, ICHIJO e NONAKA, 2001, p. 319).

Junto ao *processo* de cinco fases de criação do conhecimento, desde o compartilhamento do conhecimento tácito até a nivelção do conhecimento, e os cinco *capacitadores do conhecimento*, desde a instilação da visão do conhecimento até a globalização do conhecimento local, Von Krogh, Ichijo e Nonaka (2001) descrevem exemplos de ferramentas de capacitação do conhecimento que auxiliam na sua globalização por meio da transferência e compartilhamento: Intranet, Internet, Workshops, observação das melhores práticas, processos de Benchmarking, análise dos hiatos de conhecimento, cultura de compartilhamento dos conhecimentos e Pensamento Sistêmico, entre outros. Fica claro, portanto, a necessidade da alta administração em traduzir e transmitir suas intenções estratégicas (participar efetivamente) a toda a organização, assim como desenvolver estruturas eficazes de comunicação.

Nonaka e Takeuchi (1997) confrontam as estruturas organizacionais tradicionais, baseadas na estrutura burocrática, com a estrutura organizacional, tipo força-tarefa elaborada justamente para compensar os pontos fracos da burocracia. A estrutura burocrática e centralizadora dependente da padronização dos processos, é funcionalmente eficiente quando opera em ambientes estáveis, mas compromete a inovação necessária à sobrevivência da empresa nos períodos de incerteza. Já a estrutura tipo força-tarefa, flexível, dinâmica e adaptável, é uma forma institucionalizada de equipe ou grupos que concentram suas atividades na concretização de projetos e metas. Segundo Nonaka e Takeuchi (1997, p. 187)

**“Essas novas organizações: (1) tendem a ser mais horizontalizadas (...); (2) assumem uma estrutura dinâmica (...); (3) apóiam o *empowerment* das pessoas no sentido de desenvolver familiaridade com os clientes; (4) enfatizam a importância de competências (...); e (5) reconhecem a inteligência e o conhecimento como um dos ativos que mais possibilitam a alavancagem de uma empresa.”**

Concluindo esse ponto, os mesmos autores comentam que burocracia e força-tarefa são abordagens apenas complementares e não excludentes, sendo a burocracia um meio eficaz de conversão do conhecimento através da combinação e da internalização, enquanto a força-tarefa é quem está conceitualmente próxima à socialização e externalização. De qualquer forma são processos sequenciais que crescem como um todo, onde a etapa final é o coroamento de todas elas.

É fato que dos cinco capacitantes do contexto para uma gestão adequada à criação do conhecimento, a *globalização do conhecimento* se confunde ou depende da difusão deste novo saber pela organização, no sentido de que todos usufruam do conhecimento criado. Assim como globalização do conhecimento está próxima à difusão de conhecimento, a própria difusão deste conhecimento tem íntima relação com as comunidades de prática (micro-comunidades) e com o compartilhamento de idéias.

No campo teórico, parece lógico inferir que as comunidades de prática são a *forma*, enquanto o compartilhamento de idéias é o *processo pelo qual ocorre a difusão globalizada* do conhecimento criado. Ter-se-ia, aqui, *forma* (comunidades de prática) e *processo de difusão* (compartilhar de idéias)?

Neste sentido, tentando seguir uma lógica que reforça o contexto capacitante, falar-se-á, a seguir, do compartilhamento de idéias e a seguir das comunidades de prática, tendo sempre como pano de fundo a necessidade de debater a difusão do conhecimento construído através da construção dos protocolos médico-assistenciais.

Neste referencial teórico relativo ao compartilhamento de idéias, autores renomados tais como Ulrich e Lake; Malhotra; Crossan, Lane e White; e Nonaka e Takeuchi têm seus espaços de análise.

### 3.2 Compartilhamento de Idéias

O compartilhamento de idéias é um tema de grande abrangência. Nele são encontradas questões relativas à importância da tecnologia da informação, como instrumentos de compartilhamento e difusão (ou instrumento de comunicação, nivelamentos e acesso às informações); relativas aos meios (processos) que sustentam os diversos interesses e relativa às formas de negócio das empresas.

Com a preocupação de aproveitar ao máximo o conhecimento criado e difundido Malhotra (2005), pesquisador da área da gestão do conhecimento e de modelos de inovação em negócios, e fundador do *BRINT Institute – The Knowledge Creating Company* localizado em Syracuse, Nova York - EUA, utiliza o termo “compartilhar” ao sugerir que devesse haver: (a) “compartilhamento de informação”, permitindo várias interpretações para os fatos através de outras integrações entre os dados; (b) “compartilhamento do conhecimento”, favorecendo a construção de novas soluções para problemas antigos; (c) “compartilhamento da sabedoria”, desenvolvendo uma competência organizacional que antecipasse os cenários e facilitasse a adaptação e sobrevivência da empresa, através de processos inovadores e criativos.

Desde já, com o objetivo de não deixar passar em branco, convém salientar que a construção dos protocolos médico-assistenciais contempla os compartilhamentos da informação, conhecimento e sabedoria. São compartilhamentos que se comportam em um crescendo de complexidades e importância.

Através de consulta à literatura especializada é possível perceber três abordagens genéricas sobre gestão do conhecimento organizacional ou corporativo: (1) ênfase na gestão de estoques de conhecimento relacionados, portanto, à tecnologia de informação; (2) ênfase na gestão dos processos de criação e difusão do conhecimento; (3) ênfases complementares, que integram ambas as correntes. Quanto a esta última ênfase, menos freqüente nas organizações, é oportuno citar o exemplo dado por Stewart (1998, p. 107), quando descreve o trabalho de apoio dos mais de 1.900 funcionários da HP (na maioria engenheiros), o qual é manter os sistemas de computador dos clientes em perfeito funcionamento: **“O banco de dados é compartilhado por todos os centros e funciona ao vivo – ou seja, sempre que um funcionário trabalha em um arquivo, ele é instantaneamente atualizado, para que todo o centro tenha informações idênticas sobre cada trabalho”**. Neste exemplo estão juntas e integradas a tecnologia de informação, e a criação e difusão de um novo conhecimento desenvolvido.

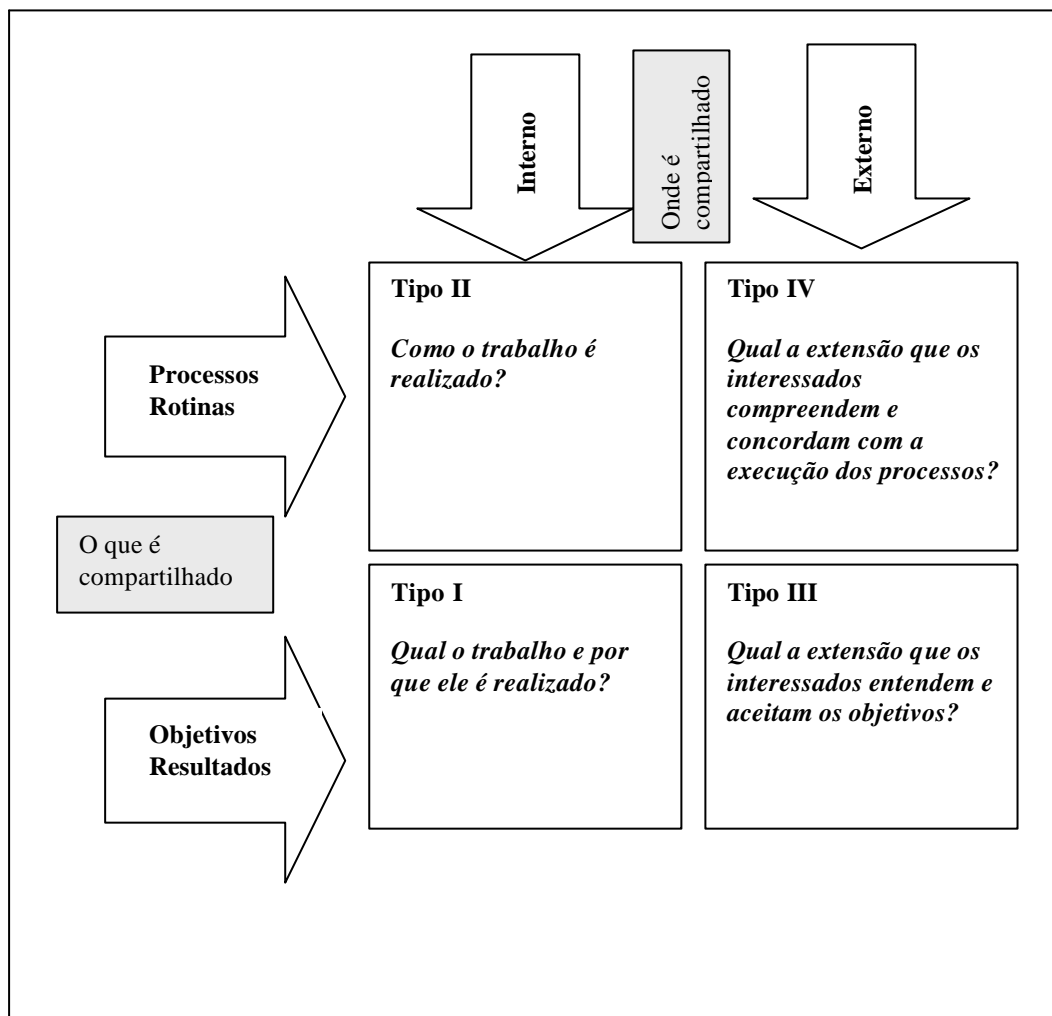
Skyrme (2003), através de pesquisa em várias empresas, identificou algumas atividades comuns em projetos de gestão do conhecimento: (1) criação de equipes e de centros de conhecimento; (2) evolução dessas equipes para “equipes de capital intelectual”; (3) compartilhamento de melhores práticas através de bases de dados e sua integração.

### **3.2.1 A estrutura organizacional do compartilhamento de idéias**

O conjunto de várias diretrizes clínicas e protocolos médico-assistenciais é, próxima a linguagem de Boterf (2003) e Zafirian (2001), a *combinação de recursos de modo a obter a maior probabilidade de resultados desejados*. No âmbito social das organizações de saúde, implica, obrigatoriamente, no compartilhamento de idéias, que representam a comunhão de processos, objetivos e resultados que permeiam toda a organização, como se fossem uma linguagem típica ou um modo uniforme de pensar e agir já difundidos.

No sentido de promover capacidade organizacional e desenvolver vantagem competitiva através do conhecimento compartilhado, Ulrich e Lake (1990) identificam quatro tipos (níveis) de compartilhamento organizacional de idéias, baseado no que é compartilhado e quem compartilha. A Figura 3 ilustra os tipos de compartilhamento organizacional propostos pelos autores.





**Figura 3: Compartilhamento organizacional de idéias** (Fonte: Ulrich e Lake, 1990)

O tipo I, compartilhamento de idéias sobre os resultados da organização, caracteriza-se pela compreensão por parte dos funcionários de todos os níveis acerca dos objetivos estratégicos e financeiros. Os autores acreditam que deste modo as organizações obtêm melhor desempenho e que as lideranças internas da gestão são os responsáveis pela construção e difusão desse compartilhamento.

O tipo II, compartilhamento de idéias sobre os processos e rotinas da organização, refere-se ao grau de compreensão que têm os funcionários sobre como as atividades são realizadas. Isto envolve fatores de apoio e tomada de decisão, compartilhamento da informação, como os funcionários alocam suas horas de trabalho, etc. Os autores argumentam

que as organizações que procedem desta forma são mais exitosas nos programas de melhoria contínua, devido à diminuição da redução da variabilidade dos processos de trabalho.

O tipo III, diz respeito ao compartilhamento de idéias sobre os resultados da organização em nível externo a ela, através da compreensão e aceitação pelos vários interessados que com ela se relacionam. O ponto central deste tipo III é unificar os valores dos diferentes interessados e dos funcionários sobre a organização.

O tipo IV existe quando os interessados participam do compartilhamento dos processos de negócio da organização e os utiliza para acompanhar as atividades. Compartilhar processos com os interessados significa que fornecedores, consumidores, financistas, e outros grupos entendam e aceitem não apenas o que a organização faz, mas acima de tudo como faz.

Ulrich e Lake (1990) observam que as organizações quando conseguem exercer a integralidade dos quatro tipos de compartilhamento obtém preciosa vantagem competitiva voltada à sustentabilidade, uma vez que são práticas complexas de difícil imitabilidade por organizações concorrentes.

Saliente-se que as diretrizes clínicas e os protocolos médico-assistenciais visitam todos os quadrantes, pois são instrumentos de um compartilhar universal, bastando que a gestão da criação do conhecimento planeje este compartilhar de idéias – objetivos e processos. Para tanto, a difusão do conhecimento acerca dos vários temas de interesse é fator crítico de compartilhamento.

### 3.2.2 O modelo de aprendizagem organizacional de Crossan, Lane e White

Com o interesse de estudar a difusão do conhecimento através dos processos de aprendizagem organizacional, Crossan, Lane e White (1999) desenvolveram uma estrutura de análise que observa tanto os **níveis como os processos de expressão** do conhecimento nas organizações. Os níveis definidos são o *individual*, *grupai* e *organizacional*, enquanto os processos são a *intuição*, *interpretação*, *integração* e *institucionalização*. Claramente, a *intuição* ocorre em nível individual, enquanto a *institucionalização* está concentrada no nível organizacional. Outrossim, a *interpretação* comunica os níveis individual e grupai, enquanto a *integração* liga os níveis grupais e organizacionais.

As definições e o desenvolvimento da estrutura de análise dos processos de aprendizagem segundo os autores foram os seguintes:

- 1. Intuição:** Reconhecimento de padrões ou possibilidades inerentes à experiência pessoal do indivíduo, ocorrendo em tempo que antecede a consciência reflexiva desse, sendo que somente afeta aos outros integrantes da organização quando há uma interação mútua. As experiências, imagens e metáforas utilizadas pelos indivíduos representam este processo, ora como *inputs*, ora como *outcomes*.
- 2. Interpretação:** É a explanação através de palavras ou ações de *insights* ou idéias de alguém para outra(s) pessoa(s), resultando no desenvolvimento da linguagem. Assim, a linguagem, os mapas cognitivos, e os diálogos são representações desse processo.
- 3. Integração:** É o processo de desenvolvimento das compreensões compartilhadas entre os indivíduos, sendo dependente do diálogo entre as partes e da coordenação de ações através de ajustamentos mútuos.
- 4. Institucionalização:** É o processo que assegura a ocorrência de ações rotinizadas que impregnam a organização com o aprendizado, resultando em novos sistemas, estruturas, procedimentos e estratégias.

Considerando que diretrizes clínicas e protocolos médico-assistenciais são, ao mesmo tempo, uma espécie de *linguagem* técnica e *compartilhamento de compreensões* entre vários profissionais que determinam o estabelecimento de *rotinas e procedimentos padrões*, os processos de interpretação, integração e institucionalização merecem, embora de forma breve, um especial destaque. Poder-se-ia dizer que as quatro formas de processo de aprendizagem organizacional de Crossan, Lane e White (1999) estão inseridas ou resultam nos quadrantes de tipos I e II de Ulrich e Lake (1990), os quais discutem o compartilhamento das idéias de trabalho.

Conforme Crossan, Lane e White (1999), o processo de interpretação na aprendizagem organizacional propicia que os elementos conscientes do indivíduo sobre os fatos sejam melhorados, uma vez que o processo de intuição está limitado ao subconsciente. Assim sendo, os indivíduos têm a possibilidade de desenvolverem mapas cognitivos sobre os vários domínios onde operam. Ainda, assinalam que a linguagem tem papel central nesse desenvolvimento dos mapas, pois permite que os indivíduos sejam capazes de nomear e explicar suas percepções e sentimentos, tornando mais explícita as conexões entre eles, favorecendo o desenvolvimento de um senso compartilhado de entendimento. **“Interpretação é uma atividade social que cria e refina uma linguagem comum, clarificando imagens e**

**criando significados e entendimentos compartilhados”** (CROSSAN, LANE e WHITE, 1999, p. 528).

Os autores observam que se o foco do processo de interpretação é a mudança da compreensão das ações individuais, a ênfase da integração são a coerência e as ações coletivas. Para que ocorra coerência é importante que haja o compartilhamento da compreensão. Nesta comparação entre interpretação e integração, a primeira tem um caráter de “meio”, enquanto a segunda tem uma conotação de “finalidade”. Sob este ponto de vista, a evolução da linguagem estende-se do processo de interpretação ao processo de integração entre os indivíduos, através de conversações e debates, promovendo, indiscutivelmente, o compartilhamento dos significados para os grupos. **“Linguagem não somente ajuda-nos a aprender – ela preserva, para melhor ou pior, o que tem sido aprendido”** (CROSSAN, LANE e WHITE, 1999, p. 529).

Neste contexto do processo de integração sobressai a importância das “comunidades de prática”, pois são elas que capturam o significado dessa integralidade de idéias e compreensões, sempre revisitadas quando histórias de sucesso são contadas pelos membros das comunidades.

Quanto à institucionalização, Crossan, Lane e White (1999) observam que as organizações são mais que simplesmente uma coleção de indivíduos, pois a aprendizagem organizacional faz a diferença quando favorece o simples aprendizado de seus membros. A institucionalização promove a formalização de estruturas, sistemas e procedimentos, influenciando a aprendizagem dos indivíduos. Enfim, todas as formas de relacionamentos se tornam formalizadas. Todavia, para os autores, a aprendizagem organizacional via processo de institucionalização não pode capturar todas as necessidades adaptativas e de crescimento dos níveis individuais e grupais repassando-os ao nível organizacional. Ou seja, sempre haverá uma lacuna entre as necessidades operacionais organizacionais e o aquilo que a organização aprende a operar. Esta lacuna realça o espaço da aprendizagem e da iniciativa individual. De outra forma esta lacuna torna evidente, via confronto, a tensão existente entre a impregnação da aprendizagem institucionalizada ocorrida no passado, que garante a aprendizagem da utilização (renovação) daquilo que já foi aprendido (*exploiting learning*) *versus* novas aprendizagens que devem permitir avanços através da intuição, interpretação e integração. Os autores demonstram preocupação com essa tensão no sentido de bem gerenciá-la, chamando a atenção para o fato de que a criação deste espaço por ela representado trata-se de processo dinâmico da aprendizagem organizacional.

A lacuna poderia ser considerada um espaço de exercício da gestão da criação de novos conhecimentos, onde vivências organizacionais nos vários níveis poderiam ser exploradas.

No seguimento a esta questão, para Teece, Pisano e Shuen (1997), o *processo de aprendizagem é mais importante que a integração entre os vários recursos da empresa utilizados nos processos produtivos*. Argumentam explicando que a aprendizagem é um processo pelo qual a repetição e experimentação determinam uma melhor performance, além de identificar novos produtos e oportunidades. Os autores também chamam a atenção para dois pontos chaves: (1) a aprendizagem envolve tanto as vivências individuais quanto a estrutura organizacional; (2) o conhecimento organizacional gerado pelos processos de aprendizagem reside em novos padrões de atividades, rotinas ou até em uma nova forma organizacional.

### **3.2.3 A espiral da conversão do conhecimento de Nonaka e Takeuchi**

A criação do conhecimento organizacional envolve o desenvolvimento de novos conteúdos ou a renovação de conteúdos já existentes no conhecimento tácito ou explícito, através de processos cognitivos individuais ou processos colaborativos sociais, evoluindo para um conhecimento criado, distribuído, ampliado e justificado nas situações organizacionais (NONAKA, 1994). Este modelo de criação do conhecimento organizacional envolve um contato sistemático entre as dimensões tácita e explícita do conhecimento.

Nonaka e Takeuchi (1997) desenvolveram uma estrutura conceitual integrada a uma teoria da criação do conhecimento organizacional apoiada em duas dimensões: ontológica e epistemológica. A dimensão ontológica aborda a criação do conhecimento a partir dos indivíduos, entendendo que há um processo organizacional que amplia esse conhecimento através de interações em expansão que permeiam a empresa. A dimensão epistemológica é baseada na distinção entre conhecimento tácito e conhecimento explícito de Michael Polanyi: o conhecimento tácito é pessoal, específico em relação ao contexto e, portanto, difícil de ser formulado e transmitido; enquanto o conhecimento explícito é codificável e refere-se ao conhecimento transmissível em linguagem formal e sistemática. Sucintamente, o modelo da criação do conhecimento de Nonaka e Takeuchi (1997) está fundamentado no pressuposto de que é criado e expandido através das interações sociais que convertem o conhecimento entre o tácito e o explícito.

Este pressuposto permitiu que Nonaka e Takeuchi (1997) desenvolvessem quatro modos diferentes de conversão (transmissão) do conhecimento:

- a) Socialização – de conhecimento tácito para conhecimento tácito;
- b) Externalização – de conhecimento tácito para conhecimento explícito;
- c) Combinação – de conhecimento explícito para conhecimento explícito;
- d) Internalização – de conhecimento explícito para conhecimento tácito.

A conversão do conhecimento através da *socialização*, de tácito para tácito, é um processo de compartilhamento de experiências e criação compartilhada de modelos, técnicas ou habilidades. A *externalização* é um processo de articulação (difusão, transmissão) do conhecimento pela organização, promovendo-o de tácito (pessoal) para explícito (aproveitamento pelo todo). Esta conversão é fator crítico de sucesso para a gestão do conhecimento das empresas. A *combinação* é um processo de sistematização do conhecimento pela organização. Já a *internalização*, incorporação do conhecimento explícito no conhecimento tácito, trata-se de um processo relacionado ao “aprender fazendo”. O processo de internalização do conhecimento, para que se torne de explícito em tácito, é necessário o desenvolvimento de documentos, manuais, diagramas, formas enfim que transmitam esse conhecimento pela organização.

Nesta espiral de conversão do conhecimento, principalmente durante a construção de protocolos médico-assistenciais, são formas de, verdadeiramente, exercitar a difusão do conhecimento. Por exemplo, a construção dos protocolos é um exercício de **externalização**, pois reúne vários conhecimentos tácitos e propõe transformá-los em explícitos para que todos tenham acesso e usufruam. Em contrapartida, a implementação (utilização), faz o caminho inverso, ou seja, o da **internalização**, uma vez que propõe o interesse cujas equipes assistenciais (médicos) se apropriem deste conhecimento construído explicitamente e o tornem operacionalmente tácito.

### **3.3 Comunidades de prática *versus* a organização e a funcionalidade dos serviços médico-assistenciais e equipes multiprofissionais**

A reforma real em um hospital não somente deve abordar aspectos estruturais, mas também o núcleo dos processos, ou seja, as pessoas que se encontram por trás dos processos e da cultura organizacional, que consiste no conjunto de referências compartilhadas entre todos, como resultado de uma história de relações comuns mediante uma linguagem cotidiana (OPAS, 2004).

Assim como outras empresas, as organizações hospitalares possuem um conhecimento organizacional definido, caracterizado por uma capacidade de trabalhar e crescer coletivamente, que não seria permitido ocorrer apenas individualmente ou de forma separada. **“Entender a importância coletiva da aprendizagem e do papel pessoal é fundamental para que as ambições individuais estejam em sintonia com as metas organizacionais** (OPAS, 2004. p. 55) .

Etienne Wenger reconhecido internacionalmente como uma das lideranças pioneiras no campo da teoria da aprendizagem organizacional e sua aplicação nos negócios empresariais através de sua obra *Communities of Practice: Learning, Meaning, and Identity* (Cambridge University Press, 1998), em artigo publicado pelo *Institute for Research on Learning* em 1998, aborda o tema “comunidades de prática” tecendo comentários principalmente sobre definições conceituais, características, dimensões e conseqüências em relação ao comportamento que adotam nas organizações.

O autor comenta que comunidades de prática não são exclusivamente novas espécies de unidades organizacionais. Antes disso, em uma visão funcional, são formas de “lapidação” da estrutura organizacional já existente. Estão constantemente preocupadas em reforçar uma aprendizagem mútua, ao invés de simplesmente participarem de projetos através da divisão de tarefas. Assim, são diferentes de um simples time de trabalho, pois compartilham aprendizagem, sendo o interesse de seus membros por novos conhecimentos o elemento central que os fazem permanecerem juntos.

**“Comunidades de prática diferem de outras espécies de grupos organizacionais de modo que definem o seu negócio, permanecem existindo mesmo após a execução de um projeto, e são elas próprias que definem seus limites de atuação (...) existem porque produzem uma prática compartilhada que engaja seus membros em um processo coletivo de aprendizagem”** (WENGER, 1998, p. 3, 4).

Já Nonaka e Takeuchi (1997) referem-se às comunidades de prática como sendo grupos informais que evoluem entre os indivíduos na busca por resolver determinados problemas ou objetivos comuns. A informalidade é uma das características marcantes da relação das comunidades de prática com as organizações.

Entretanto, Wenger (1998) sustenta outros tipos de relações entre as comunidades de prática e as organizações:

- Relação não reconhecida pela organização: trata-se de comunidade de prática “invisível” à organização e, inclusive até os próprios membros são desconhecidos a ela;
- Relação legitimada: oficialmente sancionada como uma entidade de valor à organização;
- Relação estratégica: largamente reconhecida como uma entidade importante para a organização;
- Relação transformativa: comunidades de prática capazes de redefinir o seu envolvimento com a organização.

É pertinente indagar se determinados tipos de relacionamento entre uma comunidade de prática e a organização não poderiam ser considerados elementos facilitadores do processo estratégico através da gestão do conhecimento.

Em sua obra, Andrade, Seleme, Rodrigues e Souto (2006, p. 344-345), entendem comunidades de prática como o **“conjunto de indivíduos organizados em um todo ou que manifestem, geralmente de maneira consciente, algum traço de união”**, que atuam juntos de modo coeso e alinhado em prol de objetivos compartilhados, ultrapassando, assim, fronteiras funcionais limitadas a processos de trabalho e projetos. Também salientam que **“Comunidades constroem-se com pessoas comunicando-se, consequência da interação entre ‘comunidade’, ‘comunicação’ e ‘tornar comum’”**.

Com respeito à dinâmica das comunidades de prática, Wenger (1998) observa que são diferentes de comunidades que se relacionam apenas através de interesses pontuais e geográficos, implicando em uma prática compartilhada que se apresenta através de três dimensões: (1) o que é articulado, compartilhado e constantemente negociado sob o ponto de vista do negócio da empresa; (2) funcionalmente como seus membros se relacionam entre si e com a empresa; (3) que capacidades são produzidas através do compartilhamento de um



repertório de recursos (rotinas, linguagens, estilos, etc.) que os membros desenvolvem todo o tempo.

Em conseqüência, Wenger (1998) argumenta que os membros das comunidades de prática participam de diferentes maneiras e intensidades da vida das organizações, criando várias oportunidades de aprendizagem mútua que resultam em novas competências e outras formas de negócio para as empresas.

Entrando na questão da gestão do conhecimento, Wenger (1998) sustenta que as comunidades de prática participam intensamente da criação, acumulação e difusão do conhecimento nas organizações:

- São núcleos de interpretação e disponibilização das informações: como os membros das comunidades de prática compartilham a compreensão dos eventos, eles sabem que informações são relevantes para serem comunicadas e como apresentar essas informações;
- São canais de informações relevantes: em decorrência do comentário anterior, as comunidades de prática são veículos de difusão das melhores práticas além dos limites departamentais da organização;
- São repositórios do conhecimento: as comunidades de prática preservam os aspectos tácitos do conhecimento, elementos que os sistemas formais não capturam;
- São estruturas que desenvolvem novas competências essenciais: os membros das comunidades de prática, ao trabalharem os problemas de modo compartilhado, discutem e desenvolvem soluções inovadoras que muitas vezes determinam vantagens competitivas às empresas.

**“Para desenvolver a capacidade de criar e reter conhecimento, as organizações devem entender o processo através do qual a aprendizagem das comunidades se desenvolve e interage. Nós necessitamos construir infra-estruturas organizacionais e tecnológicas que não dificultem esses processos, mas que reconheça, suporte e lhes influencie” (WENGER, 1998, p. 6).**

O Quadro 2 descreve as características básicas que diferencia as comunidades de prática dos demais grupos de trabalho.

	Propósito	Composição	Ligações	Duração
Comunidades de Prática	Desenvolver competências; construir e difundir o conhecimento.	A seleção dos membros é feita por eles próprios.	Paixão pelo que fazem; comprometimento; identificação profissional entre grupos de expertise.	Enquanto houver interesse em manter o grupo.
Grupos Formais de Trabalho	Produzir produtos e serviços.	Subordinações formais de trabalho.	Estrutura de trabalho e objetivos comuns.	Permanência na organização.
Times de Projetos	Realizar tarefas específicas.	Os membros são designados por gerência superior.	Objetivos comuns relativos ao projeto.	Até o encerramento do projeto.
Redes Informais de Trabalho	Coletar e distribuir informações (comunicação) sobre o trabalho e o negócio.	Amigos de trabalho e negócio.	Necessidades mútuas várias.	Enquanto as pessoas tiverem razões para se comunicarem.

**Quadro 2: Sumário das características dos diferentes tipos de grupos de trabalho** (Fonte: WENGER e SNYDER, 2001)

Comentando sobre “como nutrir” as comunidades de prática, Wenger (1998) descreve ações organizacionais que influenciam o comportamento e os resultados das comunidades de prática. Pode-se aproveitar a abordagem feita pelo autor com a finalidade de analisar o contexto organizacional onde as comunidades de prática estão inseridas. Ou seja, as próprias comunidades de prática sofrem a influência de elementos facilitadores (capacitantes) e dificultadores (barreiras) ao seu funcionamento. Seriam elementos de uma “boa nutrição”:

- a. Participação legitimada na vida da organização: as organizações devem suportar as comunidades de prática através do reconhecimento do trabalho desenvolvido, sempre se preocupando em criar um ambiente de valorização.
- b. Negociação para um contexto estratégico: as organizações devem desenvolver um senso comum de como o conhecimento está ligado às estratégias do

negócio, utilizando este entendimento para auxiliar as comunidades de prática a articularem valores estratégicos.

- c. Infra-estrutura: as comunidades de prática são principalmente auto-suficientes, entretanto necessitam recursos, espaços, tecnologia de informação e outros investimentos.

A partir disso, é possível inferir que as dificuldades em reconhecer publicamente as comunidades de prática, através de políticas mal definidas para inseri-las em ações que vinculem a aprendizagem desenvolvida ao negócio, e a não disponibilização de uma estrutura que lhes suporte a demanda, são barreiras organizacionais que tendem a limitar o seu desempenho.

Neste sentido, Von Krog, Ichijo e Nonaka (2001, p. 219) comentam:

**“Observe -se que o nosso conceito capacitante talvez pareça semelhante ao de ‘comunidade de prática’ desenvolvido por outros pesquisadores (Lave e Wenger, 1991; Wenger, 1998). A idéia de comunidade de prática implica que os indivíduos aprendem com a participação nas práticas grupais e com a memorização gradual de tarefas – como no sistema de aprendizes.”**

Embora semelhante, Von Krog, Ichijo e Nonaka (2001) em sua obra chamam a atenção para importantes diferenças conceituais entre comunidades de prática e contexto capacitante:

- a. Comunidade de prática é um lugar de aprendizagem de conhecimentos, enquanto o contexto capacitante ajuda a criar novos conhecimentos.
- b. “As fronteiras de uma comunidade de prática são definidas com nitidez pelas respectivas tarefas, cultura e história, já o contexto capacitante por seus participantes e pode ser mudado com facilidade” (p. 220).
- c. A composição da comunidade de prática é estável, enquanto no contexto capacitante os indivíduos que interagem saem e entram no grupo.

De acordo com o Conselho Federal de Medicina (CFM), resolução 1.124/83 de 29/08/1983, equipes de saúde ou corpo assistencial de uma organização hospitalar é o conjunto dos diferentes profissionais de saúde que atuam no hospital (CREMERS, 2006). São constituídas por médicos, enfermeiros, odontólogos, bioquímicos, farmacêuticos, nutricionista, fisioterapeutas, psicólogos e outros profissionais envolvidos diretamente no atendimento aos pacientes. Estes profissionais podem ser empregados do hospital, autônomos com ou sem preposição, liberais sem preposição, sócios ou parceiros da organização.

Corpo clínico é o conjunto de médicos efetivos do hospital, tendo autonomia para implementar e monitorar a eficiência e a eficácia das práticas assistenciais. Conforme o CFM, através da mesma resolução anteriormente citada, compete ao corpo clínico atribuições tais como prestar assistência a todos os pacientes da instituição, desenvolver e estimular o espírito da unidade, colaborar em programas de treinamento e em investigações, realizar cursos e outras atividades afins, colaborar com a administração da instituição visando o seu aprimoramento, etc. (CREMERS, 2006).

Quando comparada às atribuições do corpo clínico dos hospitais americanos determinadas pela *Joint Commission on Health Care Organization* (JCAHCO), o CFM comete duas omissões: “estabelecer normas, protocolos e padrões de aferição para a execução dos cuidados médico-assistenciais, e monitorar e auditar a qualidade médico-assistencial, do hospital como um todo, dos seus departamentos e, individualmente, dos médicos” (ZANON, 2001, p. 33).

Embora não conste formalmente nos Manuais Técnicos e Disciplinares dos Conselhos Regionais do Brasil, a essência da atividade médica organizacional é a construção e controle das práticas assistenciais. Tanto é assim que em 08/08/1991, através da resolução 1.324, o CFM criou o cargo de Diretor Clínico, determinando que a prestação da assistência médica nas instituições públicas ou privadas seria de sua responsabilidade, respondendo perante os órgãos oficiais pelo descumprimento de assegurar as condições técnicas de atendimento. Ou seja, há uma espécie de pressão formal para que o médico, em grupos ou em equipes multidisciplinares, assuma a liderança dos processos de qualidade.

De qualquer forma, reuniões e eventos científicos abertos que congregam os médicos e demais profissionais com o objetivo de debater as melhores práticas e maneiras de executá-las, são hoje práticas muito frequentes em inúmeros hospitais. À semelhança do que foi descrito

anteriormente, pode-se inferir que estes grupos se comportam de modo a se aproximarem conceitualmente das comunidades de prática.

Autores como Davenport e Prusak (1998) atentam para o fato de que a maioria das organizações tem se dedicado à gestão do conhecimento dando exagerada ênfase à tecnologia da informação e à gestão da informação. Nesse contexto, os autores citam a Coca-Cola e a Monsanto como empresas que privilegiaram a aprendizagem organizacional através de problemas mais tangíveis e estruturados da gestão do conhecimento, utilizando a tecnologia da informação apenas para capturar o conhecimento. Para tanto, os métodos utilizados centralizaram-se no desenvolvimento de comunidades de aprendizado e prática, pensando a organização como um sistema, concentrando esforços para o desenvolvimento das pessoas e criando estruturas menos hierárquicas e mais auto-organizadas.

Com o objetivo de entender a gestão do conhecimento nas empresas, Davenport e Prusak (1998) estudaram trinta e um projetos afins. Empresas tais como a Skandia, Hewlett-Packard, Coca-Cola, Ford, General Motors, Chrysler, Teltech e Sematech entre outras participaram do estudo. Os autores observaram um cenário heterogêneo, em parte devido ao fato de que a gestão do conhecimento (à época da pesquisa) tratava-se de uma prática em evolução, caracterizando-se por projetos extremamente variados em relação à coordenação, modo de implementação e financiamentos. Alguns projetos estavam em andamento e inacabados. Outros já maduros, porém pouco alinhados à estratégia. No entanto, em geral os projetos estudados tinham em comum o seguinte: (a) tentativas de criação de repositórios de conhecimento (conhecimento externo, interno estruturado e interno informal); (b) tentativas de melhorias de acesso ao conhecimento; (c) e tentativas de melhoria da cultura e ambiente do conhecimento. Concluíram então, que havia nove variáveis que foram comuns a todos os projetos de gestão do conhecimento considerados como bem-sucedidos:

1. Cultura orientada para o conhecimento;
2. Infra-estrutura técnica e organizacional;
3. Apoio da alta gerência;
4. Vinculação ao valor econômico ou setorial;
5. Alguma orientação para processos;
6. Clareza de visão e linguagem;
7. Elementos motivadores não triviais;
8. Algum nível de estrutura de conhecimento;

## 9. Múltiplos canais para a transferência do conhecimento.

Observa-se nítida semelhança entre os fatores de “nutrição do conhecimento” desenvolvidos por Wenger (1998), as características do contexto capacitante descritos por Von Krogh, Ichijo e Nonaka (2001), e as nove variáveis presentes nos projetos de gestão do conhecimento que obtiveram sucesso citadas por Davenport e Prusak (1998).

Os processos de disseminação dos conhecimentos a partir das comunidades de prática têm na sua base, além do perfil desses colaboradores, um conteúdo de atividades preocupadas com a integração entre todos os envolvidos. Neste sentido é elemento crítico para a boa relação entre os participantes o grau de entendimento dos multiplicadores do conhecimento. Assim, a clareza das atividades desenvolvidas, associada à disseminação dos conhecimentos considerados imperativos, são críticas à gestão da criação do conhecimento.

Estimulado por esta preocupação em fazer com que os multiplicadores emanem de comunidades de prática, Figueiredo (2005) definiu algumas diretrizes para a capacitação destes colaboradores:

- a. Definir os pré-requisitos dos multiplicadores: conhecimentos, habilidades e atitudes.
- b. Estabelecer um plano de capacitação para a formação de multiplicadores: plano que deve alinhar habilidades naturais e conhecimentos a serem disseminados.
- c. Identificação de multiplicadores: papel importante do departamento de recursos humanos.
- d. Desenvolvimento de monitorização dos multiplicadores: criação de sistemática de avaliação.
- e. Sistema de comunicação entre os multiplicadores: promoção de feedback, solução de dúvidas comuns, modificação de procedimentos, e acima de tudo, mais um meio a ser utilizado para o compartilhamento de experiências.

Quanto ao perfil dos multiplicadores com ênfase em empresas de tecnologia, destacam-se o conhecimento de normas e procedimentos técnicos, de métodos executivos, e habilidades para aferição e calibragem de equipamentos (FIGUEIREDO, 2005).

### **3.4 Barreiras e tensões do contexto organizacional**

Esta seção trata das barreiras presentes ou potencialmente presentes nos contextos organizacionais tendo principalmente como referencial teórico os trabalhos de Von Krogh, Ichijo e Nonaka (2001), além das considerações feitas por Crossan, Lane e White (1999) acerca das tensões existentes durante a aprendizagem organizacional quando da passagem do conhecimento pelos diferentes processos, e também acerca das prováveis dificuldades ao longo da conversão do conhecimento tácito para explícito argumentado por Nonaka e Takeuchi (1997).

A seção também aproveita o momento para relacionar os posicionamentos gerais de Crossan, Lane e White (1999) aos de Nonaka e Takeuchi (1997) tendo, como não poderia deixar de ser, o pano de fundo da construção dos protocolos médico-assistenciais inseridos na gestão da criação do conhecimento.

#### **3.4.1 As barreiras do contexto organizacional à gestão da criação do conhecimento de Von Krogh, Ichino e Nonaka**

Von Krog, Ichino e Nonaka (2001) comentam a existência de quatro grandes barreiras organizacionais à criação do conhecimento no contexto da aprendizagem organizacional:

- a. O problema da necessidade de linguagem legítima;
- b. O problema das histórias organizacionais;
- c. O problema dos procedimentos;
- d. O problema dos paradigmas.

### **3.4.1.1 O problema da necessidade de legitimação da linguagem**

Para fins de compartilhamento dos próprios conhecimentos, principalmente para explicitar os conhecimentos tácitos, é necessário o desenvolvimento de uma linguagem comum, aceitável por todos (difusível, codificada e articulável). Conhecimento e diferenciação são questões muito vinculadas entre si. Assim, novos conhecimentos somente evoluem para diferenciação quando o meio lhe identifica e lhe codifica, através de uma nova linguagem por todos entendida (legitimada).

### **3.4.1.2 O problema das histórias organizacionais de sucesso**

Elas constituem a memória de sucesso da organização, falam de valores e ajudam as pessoas a se orientarem em termos de vínculos com a própria organização e outras pessoas. Entretanto, podem ser barreiras à criação de novos conhecimentos, pois novos conhecimentos podem parecer menos legítimos se não estiverem alinhados à memória.

### **3.4.1.3 O problema dos procedimentos**

Geralmente os procedimentos são experiências explícitas e soluções bem-sucedidas que definem a eficiência e a eficácia da organização. O questionamento a esses procedimentos pode ser de difícil aceitação e compartilhamento pelas pessoas, pois corre o risco do choque com o “conhecimento legítimo, verdadeiramente justificado”.

### **3.4.1.4 O problema dos paradigmas**

Os paradigmas são considerados a maior barreira à gestão da criação do conhecimento, pois os paradigmas oriundos das declarações de missão, visão e valores, definem os objetivos, regras e metas. São, portanto, a estrutura (rígida) do controle da organização, que enfim determinam a pauta das reuniões, as rotinas adotadas e as tomadas de decisão. Há toda uma ênfase no mensurar e quantificar os objetivos previamente traçados. Caso o novo



conhecimento não estiver contemplado pelos indicadores de controle, dificilmente as pessoas aceitarão as novidades.

Todavia, torna-se difícil tentar alterar ou adequar (modernizar) paradigmas se as equipes assistenciais não tem conhecimento das formulações estratégicas que emanam da missão, visão e valores da organização.

Então se pode estar enfrentado duas barreiras de uma só vez: a barreira propriamente dita relativa à rigidez dos paradigmas, e a barreira da falta de informação das formulações estratégicas.

### **3.4.2 As semelhanças entre as tensões de aprendizagem comentadas por Crossan, Lane e White, e as potenciais dificuldades na conversão do conhecimento tácito em explícito de Nonaka e Takeuchi reforçadas pelos pensamentos de Bohmer e Edmonson**

Esta seção é uma espécie de “espelho de semelhanças” entre o pensar dos autores, permitindo refletir algumas situações constituintes de uma estrutura de investigação e análise, que auxilie na interpretação das dificuldades do contexto organizacional durante a construção de protocolos médico-assistenciais.

Seguindo a lógica da teoria dinâmica da aprendizagem organizacional de Crossan, Lane e White (1999), que considera tanto os *níveis e os processos de aprendizado e renovação*, assim como as *tensões* salientadas em seção anterior. Do ponto de vista operacional, considerando os processos sucessivos de aprendizagem, é possível assumir os seguintes pressupostos: (a) os protocolos médico-assistenciais contemplam a experiência dos médicos e dos demais profissionais envolvidos – *processo de intuição*; (b) os protocolos médico-assistenciais são uma linguagem específica sistematizada, legitimada por um grupo, e expressa através de uma espécie de mapa cognitivo – *processo de interpretação*; (c) são, portanto, compreensões compartilhadas – *processo de integração*; (d) que servem de regras, rotinas e procedimentos padrões – *processo de institucionalização*.

Destes pressupostos, seguindo a abordagem de Crossan, Lane e White (1999) sobre as tensões durante os processos de aprendizagem, surge a possibilidade de explorar a existência de duas barreiras potenciais (tensões) à construção de protocolos médico-assistenciais:

1. A difícil junção de experiências individuais em um único mapa cognitivo (protocolos médico-assistenciais) e a certeza do compartilhamento da sua compreensão e utilização pelas equipes de profissionais – tensão *feed forward*;
2. Uma vez institucionalizado entre os vários profissionais, a necessidade complexa de ajustes (atualizações) frente a novas descobertas – tensão *feedback*.

Quanto à Nonaka e Takeuchi (1997) e à lógica da espiral de conversão do conhecimento no sentido de inseri-la em uma estrutura de investigação e análise, é possível pensar que, principalmente a construção de protocolos médico-assistenciais, são formas que exercitam a transmissão do conhecimento ao longo das organizações de saúde.

Por exemplo, a construção que resulta em rotinas e procedimentos padronizados com o objetivo de melhor abordar os problemas dos pacientes é um exercício de *externalização*, que reúne vários conhecimentos tácitos e propõe transformá-los em explícitos, objetivando assim, que um maior número de profissionais lhes tenha acesso para uso. Diante disso, pode-se fazer uma analogia com a tensão existente durante a passagem da aprendizagem do processo de *interpretação* para *integração* (CROSSAN, LANE e WHITE, 1999). Como se esta tensão estivesse embutida na *externalização* do conhecimento argumentada por Nonaka e Takeuchi (1998).

Em contrapartida, ainda seguindo a lógica da espiral de conversão do conhecimento de Nonaka e Takeuchi (1998), a implementação (utilização) faz o caminho inverso, ou seja, o da *internalização*, pois objetiva que as equipes assistenciais (médicos e demais profissionais) se apropriem deste conhecimento construído explicitamente e já socializado, e o tornem operacionalmente tácito. Neste caso, à semelhança da relação tensional discutida no parágrafo anterior, também há uma analogia entre a passagem dos processos de aprendizagem de *interpretação* para *integração* (CROSSAN, LANE e WHITE, 1999) e a conversão do conhecimento via *internalização*, como se este tipo de tensão estivesse dentro do processo de conversão do conhecimento explícito em tácito proposto por Nonaka e Takeuchi (1998).

Por exemplo, qual o processo estratégico desenvolvido pelas organizações hospitalares para converter um conhecimento tácito de alguns médicos em conhecimento explícito a ser dominado pelos demais médicos, enfermeiros, e outros profissionais (socialização do conhecimento)? Ou qual o processo estratégico para internalizar (conhecimento explícito-tácito) um conhecimento em novos médicos ingressantes no corpo clínico? Estas estratégias,

participantes fundamentais dos processos que formam as espirais do conhecimento segundo Nonaka e Takeuchi (1997), são fontes poderosas de vantagem competitiva quando vistas de uma perspectiva interna à organização a partir de seus recursos, pois encerram inúmeras dificuldades que deverão ser enfrentadas. O modo como são abordadas e vencidas constitui uma vantagem competitiva preciosa, conseqüente a um processo estratégico embasado em capacidades gerenciais diferenciadas.

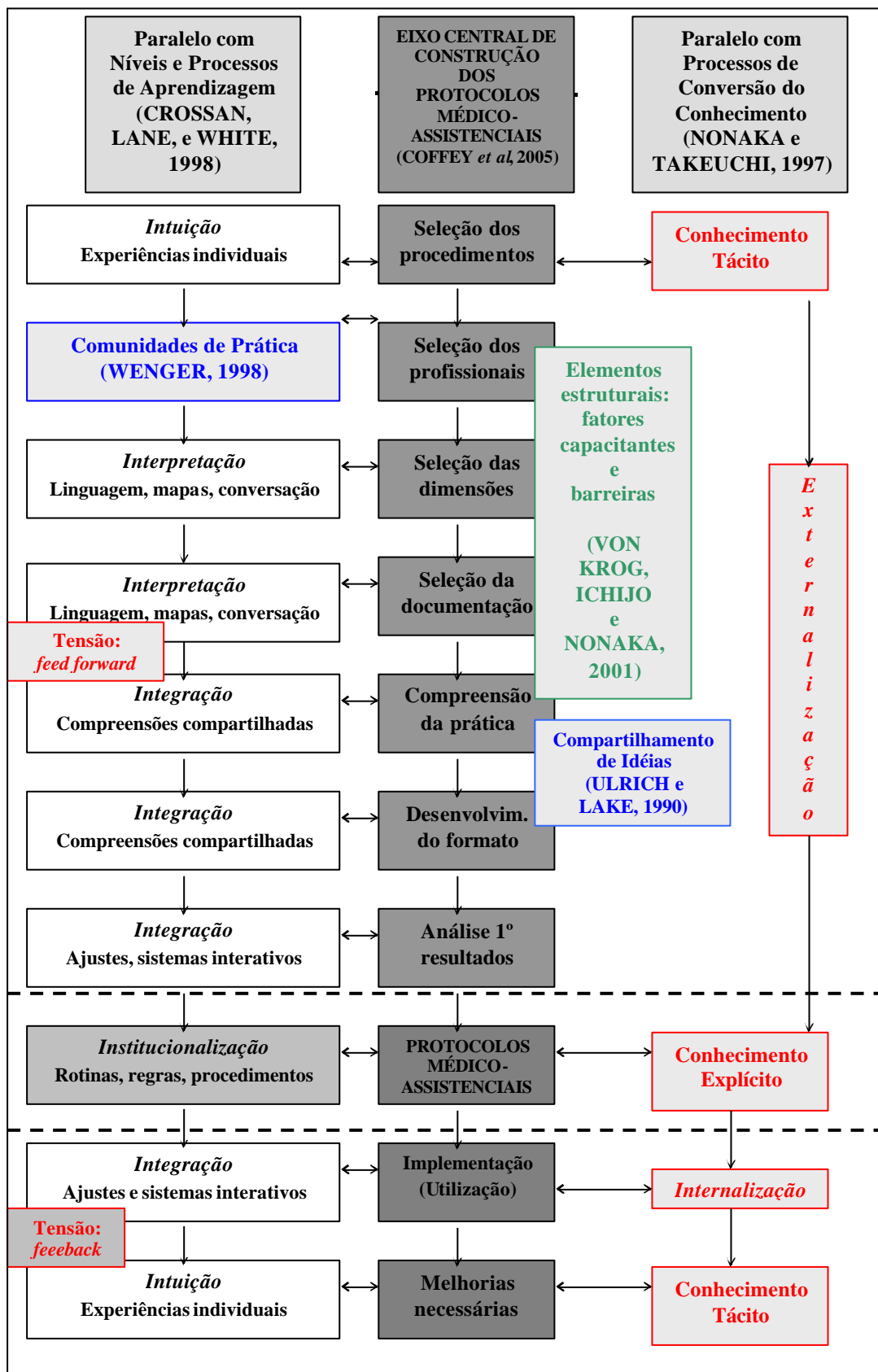
Então, no contexto da construção dos protocolos médico-assistenciais, ao considerar que o cuidado ao paciente é fornecido a partir de sistemas de saúde explicitados, sendo que as ações individuais podem ser vistas como veículos de um conhecimento que se tornou externalizado, *o tipo de aprendizagem é necessariamente coletivo e sistêmico*. Neste sentido, com um olhar mais gerencial, Bohmer e Edmondson (2001) argumentam *quem* deveria orientar e *como* deveria ser o processo de aprendizagem das organizações assistenciais: (1) as lideranças maiores da organização deveriam reconhecer a necessidade da aprendizagem em bases coletivas e criar meios para isso (cultura da aprendizagem coletiva); (2) as lideranças deveriam encorajar debates sobre o erro, favorecendo a compreensão dos eventos que colaboraram para a sua ocorrência, não permitindo a omissão e a ignorância; (3) as lideranças de departamentos e serviços deveriam desenvolver estruturas e processos que permitissem a aprendizagem coletiva, através de reuniões nas quais as equipes contassem suas experiências, através de treinamentos de simulação de situações específicas e através da elaboração de documentos que reforcem uma mesma linguagem e favorecendo a comunicação, e dando legitimidade às atitudes. Reforçando, Bohmer e Edmondson (2001) observam que equipes assistenciais multidisciplinares organizadas são as unidades fundamentais de aprendizagem das organizações complexas, mas que devem ser “empoderadas” pela alta administração.

A partir das idéias expostas por Bohmer e Edmondson (2001) em relação à necessidade de uma aprendizagem coletiva através de estruturas e processos afins, observa-se a proximidade da preocupação desses autores com as preocupações relacionadas ao contexto organizacional, facilitando a gestão da criação do conhecimento segundo outros autores.

Conforme anteriormente citado, Von Krogh, Ichijo e Nonaka (2001) comentam essa preocupação indicando ações tais como mobilizar ativistas do conhecimento e gerenciar conversas entre eles no sentido de globalizar o conhecimento. No seguimento, estaria correta a possibilidade de considerar que o compartilhamento tácito de experiências e idéias estivesse representado na construção de protocolos médico-assistenciais. As diretrizes e protocolos são

um tipo de mapas cognitivos coletivos ajustados mutuamente e que legitimariam uma linguagem comum. Assim, está justificada a preocupação dos autores em alertar a gestão da criação do conhecimento visando promover um contexto capacitante favorável à aprendizagem coletiva, sem esquecer de observar as possíveis tensões e barreiras que podem dificultá-la.

A Figura 4, de forma diagramada, reúne as idéias e relações centrais dessa seção, que nortearam principalmente a investigação das barreiras e das tensões à gestão da criação do conhecimento durante a produção de protocolos médico-assistenciais.



**Figura 4: Diagrama esquemático que aponta as barreiras e tensões principais tendo a produção dos protocolos médico-assistenciais como eixo central da gestão estratégica da criação do conhecimento** (*Fonte: Autor da pesquisa*)

#### **4. PROCESSO GERENCIAL ESTRATÉGICO**

O capítulo 4 se propõe a discutir sobre o processo gerencial estratégico das organizações à luz das teorias escolhidas.

Os pontos abordados em maior profundidade dizem respeito à utilização “recursos de desempenho superior”, “às capacidades gerenciais dinâmicas” que devem principalmente integrar e combinar tais recursos, e ao debate relativo ao “conteúdo estratégico” resultante dessas ações.

##### **4.1 Processo Estratégico**

Afinal, o que é estratégia? Trata-se de uma indagação freqüente no ambiente acadêmico e que, dependendo da resposta, determina diferenças fundamentais em conduzi-la e realizá-la. A resposta não faz parte do escopo deste estudo. Até porque os conceitos de estratégia são sempre contestáveis e nada unânimes dependendo do ponto de vista. Entretanto, mais importante que a resposta, é o enfoque e o contexto onde se insere. A forma como o conceito é compreendido ou contestado. Ao ser questionado torna-se mais rico, oportunizando discussões que evoluem de modo a favorecer a “realização da estratégia” de forma mais alinhada e objetiva.

Whittington (2002) ao invés de apresentar um único e abrangente conceito, oferece quatro abordagens genéricas de estratégia: clássica, evolucionária, processualista e sistêmica. Estas diferenças de abordagem dão-se fundamentalmente através de duas dimensões: os “resultados” da estratégia e os “processos” pelos quais ela é realizada.

A abordagem clássica, mais antiga e influente, associada a autoridades tais como Igor Ansoff (1965 e 1991) e Michael Porter (1985 e 1996), trata a estratégia como um processo racional e analítico de cálculos deliberados, que objetivam a maximização de vantagem competitiva sustentável. Nesta abordagem é imprescindível dominar os ambientes internos e externos para que haja um bom planejamento. Havendo um adequado acesso às informações e

a aplicação de técnicas apropriadas. Desta forma, tanto o ambiente externo quanto o interno tornam-se previsíveis. Prescritos a partir de um bom plano gerencial.

Na abordagem evolucionista há uma crítica profunda à abordagem clássica, afirmando que a estratégia no sentido do planejamento racional, voltado para o futuro, é frágil e pouco relevante, pois o ambiente é imprevisível para que ocorram previsões acuradas. **“A natureza dinâmica, hostil e competitiva dos mercados não apenas implica que a sobrevivência prolongada não pode ser planejada, mas assegura que somente as empresas que, de algum modo, descobrem as estratégias de maximização de lucro sobreviverão”** (WHITTINGTON, p. 4, 2002). Empresas seriam como espécies biológicas, sendo o mercado através de “seleção natural” e não os gerentes quem determinam quais sobreviverão.

A abordagem processualista também questiona o valor do planejamento clássico e racional, vendo a estratégia como um processo emergente de aprendizado e adaptação. Nesta linha encontra-se Henry Mintzberg (1994), que argumenta que a estratégia emerge mais de um processo de aprendizado obtido através da observação do que o inicialmente planejado e posteriormente alterado. Ou mais do que uma seqüência de eventos que ocorrem linearmente sempre em frente, não interessando se a estratégia emergente é a mais correta, mas acima de tudo entendendo que ela deva ser normalmente refletida.

Por fim, a abordagem sistêmica assume um posicionamento relativista, no qual uma espécie de encaixe social da atividade econômica propõe que os objetivos e as práticas da estratégia dependam de um sistema social específico, onde está inserido o processo de desenvolvimento estratégico. Ou seja, formas e metas do processo estratégico dependeriam do contexto social, obrigando a que a estratégia devesse ser empreendida com sensibilidade social.

Resumindo as abordagens de Whittington (2002), a abordagem clássica poderia ter como *slogan* “analise, planeje e comande”; a abordagem evolucionária “mantenha seus custos baixos e suas opções abertas”; a abordagem processual “fique perto do chão e siga o fluxo”; e a abordagem sistêmica “jogue de acordo com as regras sociais”.

O segmento da saúde se caracteriza atualmente por ser dinâmico e altamente mutável. Novas descobertas científicas provenientes de pesquisas biofarmacológicas pressionam por novas tecnologias, sejam elas equipamentos, materiais de procedimentos invasivos e não invasivos, medicamentos ou novos modelos assistenciais e cirúrgicos. Em decorrência, a elevação da inflação médica (a maior das inflações) canalizada para os custos operacionais, associada a uma sociedade mais exigente por efetividade associada à exaustão das políticas

governamentais de custeio à saúde, engrossam os fatores que determinam a instabilidade do segmento da saúde.

Neste contexto de incertezas, são importantes novas formas gerenciais que tornem o processo estratégico hospitalar flexível a esses fatores, possuindo mecanismos que tornem o planejamento da assistência menos engessado e mais dinâmico na busca de soluções. Uma gestão que se aproxima da abordagem processualista argumentada por Whittington (2002), que tenha elementos através de um aprendizado contínuo por meio de leituras dos seus contextos internos e externos, e se adapte com o intuito de alcançar resultados e a sustentabilidade da instituição – um processo estratégico embasado por uma gestão dinâmica.

#### **4.2 Visitando Porter e Mintzberg através dos Protocolos Médico-Assistenciais**

É oportuno salientar que esta subseção não tem a mínima pretensão em esgotar uma discussão sobre as inúmeras e significativas contribuições de Michael Porter ao processo estratégico das organizações e empresas. Todavia é difícil sob o ponto de vista acadêmico tentar falar em estratégias sem considerar os elementos integrantes de suas teorias ou também desconsiderar os marcos conceituais desenvolvidos por esse destacado autor.

Porter (1989) argumenta que “estratégia competitiva” é a busca por uma posição favorável que visa a estabelecer lucratividade e sustentabilidade contra as forças que determinam a concorrência na indústria. Chama a atenção a duas questões centrais que baseiam a escolha da estratégia. A primeira é a atratividade do ponto de vista de rentabilidade a longo prazo e os fatores que a determinam. A segunda diz respeito aos determinantes do posicionamento competitivo dentro de uma indústria. De modo geral, estas duas questões centrais se fundem nas “cinco forças competitivas” que determinam a rentabilidade da indústria conforme o mesmo Porter (1985). Considerando que tanto a primeira quanto a segunda questão central podem ser modeladas por uma empresa, as decisões sobre as escolhas estratégicas são fundamentais para o desenvolvimento de vantagens competitivas em decorrência da criação de valor para seus compradores, usuários e beneficiários.

**“A base fundamental do desempenho acima da média a longo prazo é a *vantagem competitiva sustentável*”** (PORTER, p. 9, 1989). Os dois tipos básicos de vantagem competitiva combinados com a escolha de atividade para as quais uma empresa procura obtê-los, acarretam três estratégias genéricas: (1) liderança em custo; (2) diferenciação; e (3) enfoque. Sendo que a estratégia do enfoque teria duas variantes mais estreitas: enfoque



associado ao custo e enfoque associado à diferenciação. Deve ficar claro que cada uma das estratégias genéricas estará comprometida com um caminho diverso, porém não excludente, para o alcance final da vantagem.

Na estratégia voltada à liderança em custo, uma empresa busca tornar-se o produtor de mais baixo custo em sua indústria. Isto inclui economias de escala, tecnologias patenteadas, acesso preferencial a determinadas matérias primas e outros elementos que Porter (1985) chama a atenção. Com frequência, estas empresas vendem produtos padronizados, dando considerável ênfase à obtenção de vantagens competitivas em custos absolutos e de escala. Todavia, será uma competidora acima da média caso comande os preços próximos aos praticados na média da indústria, fazendo com que esta equivalência ou devido aos preços mais baixos do que a concorrência se traduza em retornos maiores. A paridade ou proximidade ao líder deve ter sempre presente uma base de comparação na diferenciação relativa a seus concorrentes para sustentar-se como um competidor acima da média.

A questão da construção dos protocolos médico-assistenciais, associada a uma vantagem competitiva obtida através da estratégia genérica da liderança em custo, está diretamente vinculada ao desenvolvimento dos fornecedores de materiais e medicamentos médico-hospitalares. Considerando que os protocolos médico-assistenciais estão fundamentados nas melhores práticas diagnósticas e terapêuticas correntes, sendo, em decorrência, respaldados legalmente, não deverá haver diferenças significativas entre os recursos utilizados pelos diferentes hospitais. Afinal, os recursos deverão ser praticamente os mesmos independentes da instituição hospitalar. Neste sentido, hospitais que, ao assumirem estratégias de baixo custo, não poderão utilizar recursos não recomendáveis pelas melhores evidências tão-só pelo fato de serem mais baratos. Isto exporia o hospital ao risco de utilizar recursos de qualidade inferior e sem o registro da Agência Nacional de Saúde (ANS). Outra questão a ser considerada como estratégia de baixo custo além do desenvolvimento de fornecedores, é a curva de aprendizagem sobre a melhor utilização dos recursos recomendados, fazendo com que, gradativamente, estes sejam cada vez melhor consumidos pela operação assistencial. A expectativa dos municípios é a de que os hospitais do SUS utilizem com frequência estratégias de baixo custo, obtendo criação de valor através de boas licitações para a compra dos recursos recomendados pelos protocolos médico-assistenciais, assim como uma aprendizagem crescente em relação ao melhor consumo desses recursos.

A segunda estratégia genérica é a diferenciação. Nesta, a empresa procura ser única em sua indústria, ao longo de algumas dimensões amplamente valorizadas pelos compradores. **“A lógica da estratégia da diferenciação exige que uma empresa escolha atributos em**

**que diferenciar-se, que sejam diferentes dos seus rivais (...) para que possa esperar um preço-prêmio” (PORTER, p. 12, 1989).**

Como poderia ser o comportamento de uma instituição hospitalar que, através da construção dos protocolos médico-assistenciais, utilizasse-os como instrumentos de estratégias a diferenciação de produtos e serviços? Por vivência do pesquisador, a resposta poderia vir em extensão à abordagem relacionada à liderança em custos. Os recursos dos protocolos médico-assistenciais, conforme lembrado anteriormente, devem ser os mesmos independentes da instituição hospitalar. Partindo dessa premissa, o diferencial estratégico entre as instituições estaria na execução dos protocolos médico-assistenciais pelas equipes assistenciais. Daí intui-se que instituições que enveredem por esta estratégia, poderiam utilizar os protocolos como instrumentos de qualidade assistencial tais como: agilidade, solicitude, prática humanizada e foco no cliente. Ou seja, a gestão dos protocolos médico-assistenciais construídos, representaria uma maneira característica daquela instituição em como prestar atendimento diferenciado.

Instituições hospitalares principalmente privadas teriam maneiras diferentes de, embora utilizando um mesmo protocolo médico-assistencial (recursos universalmente recomendados), fazê-lo genuinamente. Isto motivaria e envolveria os departamentos de recursos humanos a desenvolverem competências distintas em suas equipes assistenciais por meio de capacidades dinâmicas gerenciais sistematicamente preocupadas em dar “algo diferente” ao comprador, usuário ou beneficiário dos serviços. Para tanto, além do desenvolvimento de habilidades gerenciais no aproveitamento diferenciado de recursos de desempenho superior (novas tecnologias), far-se-ia necessário um levantamento pontual dos pontos fortes e fracos internos da organização hospitalar, assim como uma leitura das oportunidades e ameaças do mercado (projetos dos concorrentes e intenções estratégicas das operadoras dos planos de saúde).

Luke e Begun (1997) ao comentarem o posicionamento através da estratégia genérica da diferenciação aplicada às organizações de saúde, indicam o fato da necessidade de mudanças nas características específicas da qualidade dos serviços fins e de suporte, juntamente à sofisticação tecnológica, justamente com o propósito de projetar um valor distintivo ao consumidor. Indo além dessas constatações, estes autores chamam a atenção para o desenvolvimento de oportunidades de diferenciação. Uma delas é a simultaneidade de performance de consumo e produção. Esta simultaneidade significa que os consumidores teriam contato com a organização através de vários pontos e níveis. **“Diferenciação seria mais que um modo de prestar um simples serviço com bons atributos de qualidade, mas**

### **uma chance de demonstrar as várias faces características e diferenciais da organização”**

(LUKE e BEGUN, p. 447, 1997). Além da oferta diferencial do serviço (produção diferenciada), a instituição hospitalar poderia dar amostras de quão bem consumidos são seus recursos.

O enfoque é a terceira estratégia genérica argumentada por Porter (1985). Está baseada na escolha de um ambiente competitivo estreito (segmento) dentro de uma indústria. A empresa seleciona um segmento na indústria e adapta sua estratégia com esse foco, não se atendo a outros. Consequentemente tem duas variantes: enfoque no custo em seu segmento-alvo, e enfoque em diferenciação em seu segmento preferencial. Na área da saúde, inúmeros são os exemplos de instituição hospitalares e clínicas que escolheram seus segmentos: clínicas de cirurgia plástica, clínicas de *home-care*, hospitais voltados a doenças do coração e outros. As instituições hospitalares universitárias denominadas “hospitais-escola” ou “hospitais de ensino e pesquisa”, vinculadas principalmente à graduação médica e de enfermagem, que abarcam serviços de residência médica e de pesquisa, também podem ser consideradas instituições hospitalares com estratégia de enfoque. Todavia, em vista do caráter experimental e de formação profissional destas instituições, identificam-se sobremaneira também com a variante diferenciação, sendo a construção dos protocolos médico-assistenciais muito provavelmente instrumentos necessários de renovação e inovação da prática assistencial.

Mintzberg (2000) aborda as escolas do pensamento estratégico dividindo-as genericamente em dois grupos: as prescritivas, as quais enfatizam como as estratégias são formuladas; e descritivas, caracterizando que as estratégias são reformuláveis. As escolas prescritivas são representadas pela escola do *design*, escola do planejamento e escola do posicionamento.

Comentando brevemente sobre cada uma delas, a escola do *design* caracteriza-se pelo fato de que a visão estratégica é um produto de esforços processuais e analíticos dos diretores executivos, que utilizam a matriz SWOT (pontos fortes, pontos fracos, ameaças e oportunidades) para analisarem a empresa e conceberem os princípios que nortearão a estrutura e o processo de alocação de recursos. Comparativamente a anterior, a escola do planejamento estratégico é formal e complexa, focando mais no processo técnico de análise da estratégia, onde a direção executiva, principalmente o seu CEO, tem papel de destaque na tomada de decisões, atribuindo peso considerável ao papel do que é planejado pelo staff no desenvolvimento de planos que suportem a estratégia.

O contraponto a elas é que uma estratégia é bem mais que uma simples prescrição de eventos analisados sob o prisma da racionalidade e, para que promova o sucesso desejado, a

organização deve estar atenta às mudanças do meio externo, sendo o processo estratégico um aprendizado sistemático.

A partir desse último enfoque, surgiram as escolas descritivas de estratégia baseadas em diversas formulações: empresarial, cognitiva, de aprendizagem (emergente), política, de poder, contextual e configuracional.

Ao comentar a escola de aprendizagem, Mintzberg (1994) a caracteriza como um processo emergente pelo qual há uma combinação entre “intenção, deliberação e emergência”. Ele sugere que estratégias emergentes podem ser as mais importantes, visto que são produtos de aprendizagem e, portanto, de um teste já realizado, ao invés de um plano que carrega incertezas quanto ao sucesso.

Os protocolos médico-assistenciais, como integrantes do processo estratégico das instituições hospitalares, visto que indicam quais pacientes atender e como atender, posicionam-se conceitualmente próximos à escola do aprendizado. Isto se explica pelo fato de que, como a ciência médica e a indústria farmacêutica não param de pesquisar novos diagnósticos e tratamentos, há a necessidade constante da incorporação de novas tecnologias, o que obriga a que as instituições estejam constantemente sensíveis a novas aprendizagens, colaborando para a renovação das estratégias ou elaboração de estratégias emergentes.

Indiscutivelmente a turbulência do contexto tem papel importante na condução de como as estratégias são gerenciadas pelas organizações de saúde, pois desde a década de 1970, com a explosão dos preços da indústria da saúde, as formas de competição obrigaram um repensar e a um redirecionar cursos de ação e alocação de recursos que foram escasseando (LUKE e BEGUN, 1997). Nesse contexto, tais autores argumentam que a escola do planejamento estratégico como método prescritivo deve ser minimamente utilizado nessas situações. **‘Planejamento estratégico, como processo formal de tomada de decisão, pode ser inadequadamente lento para ser utilizado em vista da rapidez de respostas face às condições de mudanças no contexto’** (LUKE e BEGUN, p. 441, 1997).

### **4.3 O Enfoque Estratégico nos Hospitais**

Assim como as demais empresas, os hospitais estão se desenvolvendo em um contexto de incertezas que lhes obriga em decorrência de uma crescente complexidade, a uma completa reformulação nos serviços que prestam, implicando, muitas vezes, em transformações

profundas de perspectivas. Este enfoque pressiona-os a um processo recorrente de gestão estratégica.

As dificuldades para que estrategicamente os hospitais se adaptem a novas formas de operar podem ser apreciadas através de uma abordagem externa e interna. Do ponto de vista externo as principais condições que impulsionam mudanças envolvem as políticas públicas, o dinamismo das autoridades sanitárias, e condições econômicas gerais que pressionam pela redução de alocação e consumo dos recursos. Estas últimas, em última análise, determinam uma reestruturação orçamentária que nada mais é do que uma reestruturação de recursos, não apenas de alocação (realocação), mas também em consequência a uma redefinição de utilização. Do ponto de vista interno, como qualquer outra organização social, os hospitais são conduzidos por pessoas com suas histórias de projetos, sucessos e fracassos, além das tradicionais lutas de poder. Aqui, a palavra fracasso pode representar a morte de pacientes. E as lutas de poder envolvem não apenas pessoas em mesmo nível hierárquico, mas entre profissionais localizados corporativamente em níveis hierárquicos diferentes. É tradicional, por exemplo, a luta de poder entre médicos e enfermeiros, sem considerar outros profissionais (ALBRECHT, 1992), tais como odontólogos (cirurgões bucomaxilofaciais), psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas e fonoaudiólogos. É tarefa gerencial complexa juntar todos esses profissionais de diversas formações técnicas em busca da construção de um conhecimento mútuo para o alcance de objetivos comuns a todos. Esta cultura singular é, indubitavelmente, um dificultador para empreender processos de mudança e inovações. Em vista desse contexto, o relatório da OPAS (2004, p. 153) sobre as estratégias hospitalares comenta que **‘Historicamente, o hospital tem tido uma cultura administrativa e não empresarial’**. No seguimento, o mesmo relatório (2004, p. 153) reforça que

**“Freqüentemente, os diretores dos hospitais da América Latina e Caribe são médicos sem formação específica em questões administrativas. Raras vezes, dedicam mais de algumas horas do dia a sua função de direção porque estão muito ocupados nas suas atividades clínicas. (...) Nestas condições, é muito difícil iniciar mudanças profundas que necessitem de um forte investimento pessoal da direção e de ampla autonomia para efetuar mudanças”**.

Neste sentido, a OPAS (2004, p. 153) adverte que **“o hospital deve criar condições favoráveis para iniciar a mudança (...), as autoridades devem tomar a iniciativa de introduzir uma verdadeira cultura de gestão no hospital”**.

Conforme o relatório, uma solução importante seria a adoção de um *enfoque estratégico* por meio da instrumentação técnica de gestão cujo desenvolvimento viria com a capacitação contínua, tanto de diretores quanto de médicos e enfermeiros, através da epidemiologia, da medicina baseada em evidências, da construção e compartilhamento de conhecimentos específicos tais como os protocolos médico-assistenciais, bem como de técnicas empresariais tais como planejamento estratégico, gestão de previsão, reengenharia, etc. (OPAS, 2004).

A cultura gerencial necessária aos hospitais não necessita, obrigatoriamente, gerar riqueza, pois que a riqueza pode ser a segurança das comunidades em contar com instituições que garantam ou melhorem a saúde. Assim, a cultura gerencial graças á aplicação de instrumentos gerenciais, deve promover condições na melhoria dos serviços, evitando gastos irracionais de recursos e atividades desnecessárias, e articulando diferentes atividades através dos recursos que as caracterizam.

Neste contexto de profissionalismo gerencial tem ímpar destaque, além dos recursos disponíveis, a articulação entre eles. Entendendo as equipes profissionais (multiprofissionais) como recursos valiosos, a articulação entre eles gera outro tipo de recurso tão fabuloso quanto os próprios: novos conhecimentos ou *expertises*, que determinarão competências específicas identificadas com aquela organização.

Para a OPAS (2004), em se tratando do segmento da saúde, para se falar em estratégia hospitalar é necessário estabelecer dois critérios: (1) não há estratégia sem alocação de recursos; (2) mesmo havendo alocação, esta não garante o futuro da empresa. A alocação adequada de recursos (humanos, materiais, financeiros) é estratégica porque define metas financeiras, sem a qual poder-se-ia estar apreciando simplesmente projetos, e não estratégias. Esta definição de estratégia vincula as atividades que o hospital entende como obrigatórias e diferenciais, aos recursos que serão necessários. Isto obriga a que o hospital analise o desempenho das atividades tanto do ponto de vista assistencial quanto econômico. Observando que quão mais articulados estiverem os diferentes recursos, maior será a probabilidade de sucesso da estratégia. Integração e combinação de recursos são elementos chave para o sucesso gerencial.

Lembrando que os protocolos médico-assistenciais definem os recursos a serem utilizados no diagnóstico e tratamento dos problemas de saúde, a gestão do conhecimento tem a missão de articular adequadamente esses recursos. Portanto, os recursos definidos pelos protocolos ganham um valor adicional na medida em que a gestão do conhecimento articula-os de forma a criar competências distintivas. Neste sentido, tanto os protocolos médico-

assistenciais quanto a gestão articulada e compartilhada dos recursos são, *latus sensus*, recursos estratégicos. Protocolos médico-assistenciais e gestão do conhecimento se complementam: os protocolos se potencializam com gestão do conhecimento, enquanto esta utiliza os protocolos como núcleos de ação.

Juntando os vários elementos teóricos tratados nessa seção oriundos dos relatórios da OPAS (2004), é possível então salientar que o *enfoque estratégico* no setor da saúde (hospitais) se personifica através de uma *gestão estratégica*. É ela que efetivamente mobiliza estrategicamente as organizações hospitalares, vinculando o planejamento estratégico à gestão operacional através dos recursos adquiridos e disponíveis e atentando às premissas orçamentárias.

Uma vez que o enfoque estratégico hospitalar está diretamente relacionado à gestão estratégica dos recursos, a estratégia dominante de obter sustentabilidade assume um caráter mais relacionado às dimensões internas da organização do que às dimensões externas. À semelhança da teoria da visão da empresa baseada em recursos ao considerar que é a qualidade dos recursos e a maneira competente como são utilizados que embasa a vantagem competitiva sustentável. Diferentemente da teoria do posicionamento de Michael Porter, que localiza a vantagem competitiva fora da empresa através do controle das forças do mercado, a teoria baseada em recursos defende que a vantagem competitiva se localizando dentro da empresa. Ou seja, ao invés da competição desenvolver-se exclusivamente na configuração industrial do mercado (fornecedores, concorrentes, financistas, operadoras dos planos de saúde), o palco da busca por vantagem competitiva e sustentabilidade é o meio interno das empresas (contexto capacitante, compartilhamento de idéias, capacidades gerenciais), integrantes obrigatórias do processo estratégico.

#### **4.4 A Necessidade de uma Nova Abordagem e de um Novo Perfil Gerencial**

Conforme Hamel e Prahalad (1998) o conceito de *competência essencial* é aplicável a um conjunto de habilidades e tecnologias que favorecem que uma empresa ofereça produtos ou serviços que determinem benefícios aos seus clientes. Os atributos para que uma competência se enquadre como essencial, são a percepção de valor pelos clientes, a diferenciação entre os concorrentes e ser capaz de expandir-se. Isto permite que a empresa entre em novos mercados ou desenvolva maior participação no mercado onde opera.

Entretanto, saliente-se que a terminologia referente às competências desenvolvida pelos estudiosos é abrangente e absorve vários elementos constitutivos, dependentes da abordagem a qual sofre e do contexto onde está inserida. Isto torna difícil uma definição ampla e completa que contemple todas as necessidades e reflexões.

Neste sentido, fundamentada em inúmeros autores, Bitencourt (2005) observa que vários aspectos participam do conceito de competências: conhecimento, habilidades, atitudes, capacitação, capacidade de mobilizar e articular recursos, capacidade de relacionar pessoas e com pessoas, e busca por desempenho. Assim, Bitencourt (2005, p. 24) orienta que **“existe a necessidade de construir um conceito mais relacional (...), privilegiando aspectos holísticos e contextuais”**. No seguimento, a mesma autora (2005, p. 25) comenta que **“a ênfase refere-se à questão processual e contextual em que a articulação e interação são aspectos fundamentais para o indivíduo, para a organização e para a sociedade”**.

Mas qual o elo entre competências essenciais (competências distintivas da organização) e gestão conhecimento? Figueiredo (2005, p. 291) argumenta que o

**“(...) o conhecimento é o combustível que dá vida a uma competência essencial. O conhecimento a torna o que é e a justifica. Faz ela funcionar, cumprir sua proposta de valor e evoluir. (...) só se configura na prática quando um conjunto de pessoas mobiliza organizadamente o conhecimento, colocam em prática aquilo que sabem e de fato demonstram estar preparadas para fazer”**.

Cabe então à gestão do conhecimento encontrar sinergias entre as várias competências individuais, selecionando-as corretamente e favorecendo para que o somatório delas, associado à integração com o todo, determine as competências essenciais coletivas da empresa. Conforme Figueiredo (2005, p. 293), **“Competências essenciais são as verdadeiras responsáveis pelas atuais vantagens competitivas e pelos sucessos ou fracassos das empresas”**.

A capacidade de uma organização hospitalar em ter habilidades na construção de protocolos médico-assistenciais e em outra etapa implementá-los, vem ao encontro das definições citadas anteriormente. A construção e a implementação dos protocolos caracteriza-se como uma competência essencial. Isto é defensável na medida em que a construção de protocolos médico-assistenciais define a forma mais segura e racional que os recursos de desempenho superior, sejam eles tecnológicos ou humanos, são utilizados pelos serviços



assistenciais, predispondo às melhores probabilidades de sucesso. Este fato agrega valor inestimável aos atendimentos, pois oferece garantias de resultados. Hospitais que não procedem desta forma muito provavelmente pouco concorrem por maior diferenciação, correndo o risco de perderem participação no segmento da saúde que disputam.

Todavia, na prática, quem assume a responsabilidade intra-hospitalar da construção e implementação dos protocolos médico-assistenciais, mesmo inadvertidamente, é a gestão do conhecimento. A ela converge a competência essencial que terá como produto padrões assistenciais de maior segurança. É ela quem reúne diferentes interesses e capacidades profissionais, integrando-as e as articulando, determinando resultados mais significativos para a organização que o simples somatório das partes. Neste caso a gestão eficaz do conhecimento durante a construção e implementação dos protocolos médico-assistenciais é uma forma de competência essencial que se desdobra constantemente, pois é crescente e ininterrupta a descoberta de novas tecnologias – recursos tecnológicos e modelos assistenciais inovadores de desempenho superior.

Nesta linha conceitual possível de vincular a gestão de protocolos médico-assistenciais com competências essenciais gerenciais cabe citar Boterf (2003), para quem o que realmente interessa em termos de competência é a qualidade da articulação dos elementos (recursos) de uma organização - vale mais a integração e articulação entre os membros do que as competências individuais. Por vezes, os mesmos recursos, porém em um novo arranjo de integrações e combinações, é suficiente para uma competência distintiva.

Figueiredo (2005) cita várias iniciativas que um programa de gestão do conhecimento pode adotar em sintonia com a gestão de competências essenciais. A prática de mapear as competências é um exemplo. No âmbito hospitalar, com o foco na construção e implementação dos protocolos médico-assistenciais, uma opção seria que o mapeamento das competências poderia identificar os gestores médicos com habilidades afins: o que sabem, como aprendem, como participam do ensinamento e da criação e difusão do conhecimento legitimado nos protocolos médico-assistenciais e codificado nos sistemas de informação. O mapa das competências essenciais também deveria servir para indicar o alinhamento entre essas competências e as estratégias.

Além de a organização identificar seus talentos e lideranças potenciais, ela tem a chance de conhecer fatores relacionados à visão de novos ou renovados conhecimentos, à mobilização de revolucionários do conhecimento, aos processos, às barreiras ao aprendizado, ao compartilhamento do conhecimento, ao acesso à informação, à difusão do conhecimento,

enfim, a tudo que diz respeito à criação de um contexto mais capacitante à gestão do conhecimento.

Assim, algumas questões parecem fundamentais no apoio à gestão das capacidades gerenciais integrantes de uma gestão do conhecimento como um todo:

- Como as pessoas, através do conhecimento gerencial que detém ou que lhes é delegado, comportam-se em meio ao contexto ora capacitante ora obstaculizador?
- Como a empresa seleciona e lida com essas pessoas? O que faz para mantê-las na empresa? O que a empresa faz com esse conhecimento?
- Que oportunidades a empresa identifica e estaria apta a desenvolver?
- Como a empresa incentiva um contexto capacitante e combate as barreiras e tensões?
- O que é feito para transferir esse conhecimento a outras pessoas ou difundí-lo pela empresa?
- Qual a política da empresa em permitir a difusão desse conhecimento relacionado às capacidades de fazer gestão?
- É estratégico permitir (favorecer) que este conhecimento seja transferido a outras pessoas e difundido pela empresa, considerando o risco da replicabilidade e imitabilidade?

Reportando tais questões aos hospitais, a preocupação se concentra nos seguintes fatos:

- Como os hospitais escolhem e lidam com os gestores médicos que lideram os processos de gestão do conhecimento através da construção dos protocolos médico-assistenciais?
- Como são trabalhados os processos no contexto?
- Entendendo a gestão dos protocolos médico-assistenciais como uma competência gerencial essencial, quais os cuidados para que este conhecimento se mantenha estratégico, gerindo pessoas-chaves, integrando

e combinando recursos superiores alinhada estrategicamente à organização e protegendo-a de replicações e imitações?

#### **4.5 Os Recursos de Desempenho Superior**

Uma a organização hospitalar é, sem dúvida, uma organização complexa, na qual o competir através do conhecimento depende fundamentalmente de pessoas. Ela não lida com a produção de bens físicos, mas sim com serviços que são exclusivamente dependentes do comportamento das pessoas e de suas habilidades em lidar com os vários recursos.

É oportuno lembrar a enorme quantidade de recursos complexos que possui um hospital – equipamentos micro-processados que possibilitam monitorizações fisiológicas detalhadas e procedimentos cirúrgicos milimétricos; medicações extremamente potentes, cujos desvios mesmo pequenos de preparação ou administração poderão ocasionar efeitos adversos lesivos; um grande contingente de profissionais capacitados através de conceitos teóricos e treinamentos, mobilizados através de modelos assistenciais ou programas destinados a diagnosticar e tratar pronta e efetivamente as inúmeras patologias que lhes chegam; etc. Todos estes recursos sofisticados agregam valor aos atendimentos de várias formas, pois acarretam desempenhos superiores considerados estratégicos uma vez que:

- a. Aumentam a produtividade (produção com qualidade);
- b. Predisõem a uma maior resolutividade com qualidade dos procedimentos e internações: tempos encurtados de internação (internações ambulatoriais tipo hospital-dia), pronto restabelecimento à vida social, menores seqüelas, taxas inferiores de morbidade, etc.
- c. Determinam margens de contribuição e margens líquidas superiores a outros recursos considerados comuns.

Pensando em termos de construção de protocolos médico-assistenciais, os três fatores são contemplados, pois envolvem a discussão de problemas e alternativas de soluções de forma compartilhada por toda uma equipe multidisciplinar de profissionais.

Conforme a OPAS (2004), a alocação de recursos deve passar por uma seleção onde estão envolvidas as atividades consideradas estratégicas e os meios para executá-las.

Neste sentido, como os protocolos médico-assistenciais são orientações que definem *o que deve ser feito e como deve ser feito*, são instrumentos inequívocos da alocação estratégica desses recursos superiores.

A vantagem competitiva é a expressão de níveis de desempenho econômico acima da média do mercado em decorrência de processos estratégicos conduzidas pela organização (PORTER, 1989). Servindo de sustentação aos processos estratégicos, estão na sua base as Teoria do Posicionamento Estratégico e a Teoria da Visão Baseada em Recursos, que juntas compõem a Teoria da Competição Baseada em Competências, cuja tem origem na definição geral de competências essenciais desenvolvida por Prahalad e Hamel (LEITE e PORSSE, 2005).

Conforme citado anteriormente, a Teoria do Posicionamento Estratégico desenvolvida pelos estudos de Porter em 1989, privilegia a análise do meio externo à organização, observando a interação das estratégias internas da empresa com as forças estruturais da organização industrial onde está inserida. Trata-se, portanto, de um paradigma *outside-in*, que observa a vantagem competitiva da organização através de uma ótica externa, percebendo o resultado a partir de uma análise exógena (LEITE e PORSSE, 2005). Aqui, o desempenho das empresas é principalmente fruto do comportamento dos compradores e vendedores que, em última análise, determinam o desempenho da empresa.

Também conforme citado previamente, em direção oposta (ou complementar) à Teoria do Posicionamento Estratégico foi desenvolvida a corrente estratégica embasada na Teoria da Visão Baseada em Recursos no final dos anos da década de 1980. Diferentemente da teoria encabeçada por Porter, ela se preocupa fundamentalmente com os fatores internos das organizações no propósito de obtenção de vantagem competitiva. Tendo como origem os trabalhos de Penrose (publicados apenas em 1997), Wernerfelt em 1984 e Barney em 1991, propuseram analisar as organizações e seus sucessos estratégicos a partir dos seus recursos, resultando na teoria. Os pressupostos da Teoria Baseada nos Recursos enfatizam que as diferenças entre as performances das empresas e, portanto, suas vantagens competitivas, são consequência da heterogenicidade dos recursos, junto ao fato de como são geridos, pois são escassos, finitos e valiosos. Isto confere às empresas um paradigma *inside-out* do desenvolvimento do processo de construção estratégica (LEITE e PORSSE, 2005).

Através da Teoria da Visão Baseada em Recursos se caracterizam como recursos da empresa **“todos os ativos, capacidades, processos organizativos, atributos da empresa,**

**informação, conhecimento, etc. controlados pela empresa e que lhe permitem levar a cabo estratégias que melhorem sua eficiência e sua eficácia”** (BARNEY, 1991, p. 110).

Os protocolos médico-assistenciais representam de forma integral a conceituação de “recursos” do ponto de vista da teoria conforme os critérios conceituais descritos por Barney (1991). Em última análise, nada mais são do que capacidades específicas da organização, desenvolvidas processualmente e que centralizam e difundem informações e conhecimentos condizentes com diferentes situações e soluções. Além disso, considerando que as empresas possuem um conjunto de recursos diferentes entre si e que são utilizados de forma distinta, embora os protocolos sejam universais, são apenas orientações gerais de como melhor utilizá-los e obter maiores probabilidades de resultados desejados. Isto abre espaço para o diferenciamento das organizações assistenciais, uma vez que, dependendo da qualidade da gestão clínica ou de sua capacidade gerencial, quão mais eficiente for o exercício das premissas da Teoria da Visão Baseada em Recurso, maior deverá ser a sustentabilidade.

Mas isto não é tão simples e natural. A capacidade organizacional refere-se à função complexa de estabelecer padrões de coordenação entre as pessoas e entre essas e os demais recursos (articular recursos com algum fim). Não é simplesmente uma maneira de reunir vários recursos. Para alcançar níveis elevados de coordenação há muitas vezes a necessidade de aprender pela experiência, por mecanismos de tentativa e erro.

Baseado em outros autores, Grant (1991) utiliza a expressão “rotina organizacional”. Significa padrões regulares e preditivos de atividades que são construídos a partir de uma seqüência de ações coordenadas. Em essência, a capacidade gerencial é uma rotina ou a integração de várias rotinas, que objetivam reger o meio interno da empresa. É como se a empresa fosse uma rede articulada de rotinas. Para Grant (1991), essas rotinas incluiriam todos os processos produtivos, desde a entrada das matérias até as saídas dos produtos e serviços, incluindo também a rotina gerencial da monitorização do desempenho das unidades de negócio, capitais de investimento e formulação estratégica. O conceito de capacidade gerencial organizacional seria uma espécie de guarda-chuva sobre as relações entre os recursos, competências e processos estratégicos. Sobressai desse modo, mais uma vez, a importância da construção dos protocolos médico-assistenciais, como sendo um poderoso instrumento da capacidade organizacional de construir padrões assistenciais, coordenar pessoas e articular recursos da forma mais recomendável pelas publicações científicas renomadas.

Ainda sobre a capacidade gerencial, Grant (1991) chama a atenção para o *trade-off* entre eficiência e flexibilidade. As rotinas seriam para a organização o que a habilidade é para os indivíduos. Assim, como a habilidade é um componente do conhecimento tácito, ausente de coordenação coletiva consciente, a capacidade organizacional tem limitações na articulação das equipes de recursos. Indivíduos extremamente eficientes e com diferentes habilidades dificultam a articulação entre si, tornando difícil o desenvolvimento da capacidade gerencial da organização. Isto tende a impedir a flexibilidade necessária por parte da organização naquelas situações que exigem mudanças. Pelo menos um conjunto mínimo de rotinas articuláveis deve ser estabelecido. Portanto, a gestão da criação do conhecimento deve participar sistematicamente da socialização do conhecimento, sob pena de que, caso isso não ocorra, ameaças à sustentabilidade possam ocorrer.

Herzog (2001) observa que a fundamentação do processo estratégico de obtenção de vantagem competitiva baseada nos recursos está assentada sobre três fatores: (1) heterogeneidade; (2) sustentabilidade; e (3) apropriabilidade.

Sobre a heterogeneidade, duas características dos recursos estão na base da obtenção de vantagem competitiva: o valor e a sua escassez. O valor de um recurso está relacionado a sua produtividade superior em comparação com um recurso equivalente em outra empresa. A escassez de um recurso é o que permite conferir benefícios à empresa que o possui. Recursos escassos, porém de valor inferior, não conferem vantagem. O mesmo é válido para recursos de muito valor, porém abundantes. Então, o diferencial de heterogeneidade se baseia em recursos valiosos, aptos a determinarem uma produtividade excepcional, mas que não estão facilmente disponíveis.

Com respeito à sustentabilidade, a vantagem competitiva tem seu foco de preocupação em quatro características relacionadas aos recursos e capacidades: durabilidade, transparência, transferabilidade e replicabilidade.

- a. A atenção com a durabilidade dos recursos e capacidades deve ser entendida como uma preocupação em manter a eficiência competitiva das suas utilizações no processo produtivo pela empresa;
- b. A habilidade da empresa em sustentar a vantagem competitiva também depende da relação entre a transparência da estratégia e a velocidade cujas outras empresas podem imitar a estratégia adotada. Isto está diretamente relacionado com o grau de informações relevantes difundidas no mercado.

- c. Conforme observado anteriormente, uma vez havendo a tentativa de imitação da estratégia pelos rivais, a transferência de recursos e capacidades passa a ter papel fundamental. Entretanto, muitos recursos e capacidades não são facilmente transferíveis entre as empresas: *imobilidade geográfica*, como custos de realocação, especificidade dos funcionários, etc; *imperfeição da informação* sobre determinado recurso ou capacidade; *especificidade* de um determinado recurso ou capacidade determinante de valor para uma empresa pode não determinar o mesmo valor para uma empresa rival (valores diferentes entre as empresas). Em decorrência, é possível que o recurso ou capacidade transferido tenha a sua produtividade declinada. Como as capacidades necessitam da integração de conjuntos de recursos, sendo, portanto, mais imóveis que a transferência de um único recurso (*imobilidade das capacidades*), são consideradas de difícil transferência às empresas rivais. Além do que, mesmo havendo transferência, as capacidades representadas pelas rotinas têm grande chance de serem incompatíveis com a nova cultura.
- d. Quanto à replicabilidade, a transferibilidade imperfeita dos recursos e às capacidades, limita a habilidade dos rivais em imitar a estratégia de sucesso. Esta conclusão é principalmente válida para as capacidades organizacionais complexas, desenvolvidas por empresas que sustentam vantagens competitivas. Capacidades baseadas em rotinas organizacionais altamente complexas são pouco passíveis de transferência e, portanto, pouco prováveis de replicação.

A apropriabilidade dos recursos e capacidades está principalmente baseada na mobilidade imperfeita. Ou seja, os recursos e capacidades permanecem disponíveis à empresa, sendo que suas rentabilidades são compartilhadas entre os proprietários e ela.

#### **4.6 O Processo Estratégico dos Hospitais Através de Estratégias de Avanço ou Sobrevivência e a Gestão dos Protocolos Médico-Assistenciais**

O crescente movimento havido nas formas de gerenciamento estratégico vai ao encontro do exercício dos conceitos de *competência ou competências essenciais* para

desenvolver novos *insights* voltados à competição entre as empresas na busca de sustentabilidade. A propriedade em saber aproveitar novos recursos ou utilizar de outra forma os já existentes define estratégias e resultados.

Oriunda da Teoria da Visão Baseada em Recursos sobressaem-se a Teoria das Capacidades Dinâmicas (*Dynamic Capabilities*) de Teece, Pisano e Shuen (1990) e a Teoria da Competição Baseada em Competência (*Competence-Based Competition*) de Sanchez, Heene e Thomas (1996).

Integrante deste contexto de competição e gerenciamento, e originárias do tronco comum das teorias derivadas da Teoria da Visão Baseada em Recursos, a perspectiva das Competências Essenciais - *Core Competencies* (PRAHALAD e HAMEL, 1990) abre a possibilidade do desenvolvimento conceitual de estratégias que admitam uma visão mais dinâmica de competição vinculada às constantes mudanças do meio dos negócios. Neste contexto surgem diferenças idiossincrásicas nas capacidades das empresas principalmente em relação ao diferencial entre os recursos, que, independentes do tipo, servem de base para a construção de vantagens competitivas através de produtos e serviços diferenciados (GUPTILL, 2005). Isto estende a noção tradicional de estratégia para a necessidade da empresa em procurar capacidades especiais que, ao definir novas competências, possam alterar o comportamento competitivo do mercado em seu favor.

Mais precisamente, a perspectiva das competências essenciais desloca a ênfase conceitual da estratégia para decisões relativas à alocação dos recursos com o intuito de descobrir maneiras que, através dessa alocação, favoreçam que os recursos se tornem mais influentes (determinantes) sobre o negócio, produtos e serviços, através de resultados de produtividade e qualidade (SANCHEZ, HEENE e THOMAS, 1996).

Nem todo o conhecimento criado pode ser considerado uma fonte de sustentabilidade. Portanto, é fundamental que os gerentes desenvolvam um referencial prático, embasado em teorias para avaliar o real papel do conhecimento sobre a estratégia. Como se fosse imperativa a construção de uma estrutura analítica de trabalho voltada a interesses próprios e distintivos.

Von Krogh, Ichino e Nonaka (2001) sugerem que a maior atividade relacionada com a criação de conhecimento consiste em dar garantias para obter um desempenho acima da média, tanto no médio como no longo prazo. Entretanto, para esses autores, isto pode parecer descolado da realidade, pois a percepção sobre a criação do conhecimento como fonte estratégica tem se limitado a uma visão exclusivamente operacional, atribuída somente à área de RH, de TI ou de P&D, através de programas isolados de gestão do conhecimento. Ou seja,



faltaria um alinhamento dos programas estratégicos de criação do conhecimento, com o intuito de aproximar a gerência da real função estratégica da gestão do conhecimento.

Neste sentido, Von Krogh, Ichino e Nonaka (2001, p. 92) comentam que

**“Uma possível solução é a reformulação da maneira como o conhecimento é visto pelos executivos seniores e por outros estrategistas da empresa. Em vez de encarar o conhecimento como algo indefinido, vagamente relacionado com a criatividade, absolutamente imprescindível, mas de objetivação impossível, os executivos devem considerá-lo como recurso, vinculado a tarefas e resultados específicos”.**

Von Krogh, Roos e Slocum (1994) sugerem a existência de dois tipos básicos de estratégia: (a) estratégias de sobrevivência e (b) estratégias de avanço.

O Quadro 3 sintetiza os processos e resultados característicos dos tipos de estratégia conforme os autores acima citados.

<b>Estratégia</b>	<b>Vantagem Competitiva</b>	<b>Fontes</b>	<b>Papel do Conhecimento</b>	<b>Processos de Conhecimento</b>	<b>Resultados</b>
<b>Sobrevivência</b>	-Rentabilidade corrente; -Não implementação pelos concorrentes; -Impossibilidades de reprodução das vantagens.	-Economias de escala, de escopo e diferenciação de produtos e serviços.	-Valioso, difícil de imitar e de substituir; -Exclusivo ou público; -A capacidade de transferir as vezes é mais importante de que o conteúdo.	-Transferências de conhecimentos; -Melhorias contínuas.	-Rentabilidade superior à média setorial.

<b>Avanço</b>	-Rentabilidade futura; -Não implementação pelos concorrentes; -Impossibilidades de reprodução das vantagens.	-Economias potenciais de escala, potenciais de escopo e diferenciação de produtos e serviços.	-Novos conhecimentos para a inovação dos processos e produtos; -Novos conhecimentos transferíveis .	-Criação de conhecimentos; -Inovações radicais	-Rentabilidade futura superior à média setorial.
---------------	--	---	--	---	--

**Quadro 3: Referencial estratégico para o conhecimento** (Fonte: Von Krogh, Roos e Slocum, 1994).

Baseada no Quadro acima, algumas questões são imperativas no sentido de refletir sobre como a criação dos protocolos médico-assistenciais interage e influenciam nos tipos de estratégia:

- a. Ambos os tipos de estratégia têm expectativas de sustentabilidade a partir de impossibilidades de implementação pelos concorrentes e por impossibilidades na reprodução dessas vantagens: isto estaria de acordo com a gestão dos protocolos (criação de conhecimento), pois conforme comentado em outras partes deste trabalho, é a gestão (estratégica) de *como combinar e integrar os vários recursos dos protocolos*, e não propriamente ter os recursos dos protocolos (novas tecnologias), que faz a diferença no sentido de praticamente inviabilizar que a concorrência implemente e reproduza as vantagens;
- b. No seguimento, sobre as fontes de vantagem e às observações anteriores, na medida em que os protocolos definem os recursos, estão ao mesmo tempo definindo uma racionalização de custos, pois qualquer recurso não defensável pelos protocolos é um desperdício, estando, portanto, na contramão das estratégias de baixo custo;

- c. Em contrapartida, é a gestão dos protocolos *quem define a diferenciação* do serviço através de uma lógica que propõe inovar a combinação e integração dos recursos;
- d. Sobre o papel do conhecimento, independente das diferenças nas estratégias de sobrevivência e avanço, é importante ter presente que é a gestão dos protocolos quem define o seu valor, capacidade de transferência e desenvolvimento de novos conhecimentos para a inovação de processos (novas formas de prestar os serviços) e melhorias contínuas.

É conceitualmente corrente que a empresa cujo desempenho seja superior desfrute de vantagem competitiva, uma vez que implementa estratégias de criação de valor que não possam ser adotadas ao mesmo tempo pelos concorrentes. A vantagem competitiva sustentável decorre da implementação de estratégias de criação de valor exclusivas, apesar das intenções de imitação pelos concorrentes (BARNEY, 1991).

Entretanto, poucas estratégias competitivas duram por muito tempo, pois novos conhecimentos, tecnologias e produtos tendem a sofrer obsolescência (VON KROGH, ICHINO e NONAKA, 2001).

Diante deste quadro conceitual é possível refletir que as estratégias de baixo custo estão mais relacionadas às estratégias de sobrevivência, enquanto as estratégias de diferenciação estão mais próximas às estratégias de avanço.

Isto reforça sobremaneira a gestão dos protocolos inserida em uma gestão do conhecimento, pois a construção dos protocolos médico-assistenciais observa, ao mesmo tempo, para ambas as estratégias sem que sejam excludentes.

Entretanto, embora a gestão dos protocolos médico-assistenciais, inserida na gestão da criação do conhecimento, esteja na base das formas de estratégia, o papel do conhecimento difere em relação às estratégias de sobrevivência e avanço. Assim, o conhecimento tácito tem enorme potencial no processo estratégico de criação do conhecimento, seja através da utilização exclusiva de determinados recursos considerados de desempenho superior, seja através da combinação e integração desses recursos.

Conceitualmente, o conhecimento tácito tende a permanecer exclusivo e detido na empresa, sendo valioso somente se aplicável com êxito em atividades agregadoras de valor (competências) e se for utilizável na exploração de novos negócios.

Nesta direção, Barney (1991) comenta que o conhecimento exclusivo é fonte de vantagem competitiva se satisfizer os critérios de heterogeneidade, difícil imitação e substituição, e mobilidade imperfeita. Exatamente como um recurso de desempenho superior. Esta é uma forma de entender o conhecimento tácito empregado em estratégias voltadas ao baixo custo e à sobrevivência, tendo o papel da gestão do conhecimento, neste contexto, uma função de recomendar e zelar pelos recursos de desempenho superior.

Outra forma de entender o potencial do conhecimento tácito vem através de uma gestão eficaz do conhecimento. Aqui, o papel da gestão do conhecimento é combinar e integrar recursos que gerem diferenciação de produtos e serviços por meio de uma capacidade gerencial dinâmica que favoreça a criação de competências essenciais. Isto, em última análise, pode ser compreendido como uma espécie de conhecimento tácito e exclusivo da organização.

À semelhança da gestão dos protocolos, o papel da gestão do conhecimento quanto aos recursos que devem ser escolhidos para o consumo, tem seu foco básico na racionalização do custo. Quanto ao papel da gestão do conhecimento relacionada à combinação e integração daqueles recursos, o foco está direcionado a diferenciação da prestação dos serviços assistenciais através dos protocolos. Nestes casos, não está interessando se o desempenho superior dos novos recursos introduzidos nos protocolos médico-assistenciais determina baixo custo ou diferenciação.

#### **4.7 As Capacidades Gerenciais Dinâmicas**

Segundo Teece, Pisano e Shuen (1997) uma capacidade, para ser estratégica, deve: (1) estar focada nas necessidades de quem vai lhe usufruir; (2) ser única e os produtos e serviços produzidos podem ter seu preço independente dos preços praticados pelo mercado; e (3) devem ter a propriedade de serem de difícil replicabilidade e imitabilidade.

Há muitas dimensões estratégicas relacionadas ao negócio da empresa que devem ser compreendidas através da categoria de fatores para auxiliar na identificação e determinação de competências distintas que fundamentem o processo estratégico.

Teece, Pisano e Shuen (1997) organizam estes fatores e três categorias: processos, posicionamento e caminhos (orientações). A primeira categoria, relativa aos *processos*, diz respeito ao modo como as coisas são realizadas, ou o que se refere às rotinas ou aos padrões correntes de prática e aprendizagem. A segunda categoria, relativa ao *posicionamento*, refere-se ao talento corrente tecnológico e propriedades intelectuais, assim como bases de

alinhamento entre as necessidades dos clientes e o desenvolvimento de fornecedores que determinam certo posicionamento à organização. E a terceira categoria, relativa aos *caminhos*, representa as alternativas estratégicas avaliáveis ao desenvolvimento do negócio, vinculadas à atratividade das oportunidades que orientam a empresa rumo ao seu futuro.

No sentido de detalhá-las e posteriormente relacioná-las à gestão dos protocolos inserida na gestão da criação do conhecimento optou-se por comentar em maior profundidade as observações de Teece, Pisano e Shuen (1997) acerca de cada uma delas:

- a. Gerenciamento dos Processos: Os autores, baseados em pesquisas empíricas de campo, afirmam que o modo como a produção é organizada e gerenciada internamente é a causa para as diferenças entre as competências entre as empresas. Citam o estudo de David Garvin ocorrido em 1988 sobre a qualidade da refrigeração do ar de ambientes, no qual a performance não esteve relacionada ao capital investido, mas ao direcionamento promovido por rotinas organizacionais consideradas especiais. Citam também o trabalho de Clark e Fujimoto ocorrido em 1991 sobre o desenvolvimento de projetos na indústria automotiva, que revelou um significativo grau de variação em como diferentes empresas, ao coordenarem várias atividades de maneira genuína, determinaram novos modelos de marketing. Estas diferenças em coordenar rotinas e capacidades promoveram importantes impactos na performance dos custos e da qualidade. Outra questão que Teece, Pisano e Shuen (1997) chamam a atenção é o fato de que, como capacidade e competência estão visceralmente vinculadas a maneiras próprias e distintas de coordenar e combinar os vários recursos, elas ajudam a explicar como e porque tecnologias consideradas pequenas, porém gerenciadas de formas diferenciadas, podem definir resultados surpreendentemente positivos. Estrategicamente seria um *know-how* diferencial. Na questão da construção dos protocolos médico-assistenciais, dizem respeito a *como a gestão dos protocolos é tratada – por exemplo, como ser efetivo na construção de um protocolo de infarte agudo do miocárdio?*
- b. Posicionamento: A estratégia do posicionamento da empresa não é determinada somente pela aprendizagem dos processos e pela sua coerência em âmbito interno e externo, mas também pela localização dos produtos em algum ponto de destaque devido à reconhecida qualidade que ostentam no

mercado. Neste caso a qualidade ostentada não se dá necessariamente pela obtenção ou desenvolvimento de alguma tecnologia, mas também pela dificuldade da concorrência em também conseguir comercializar o conhecimento que nela é percebido. Estrategicamente estaria relacionada ao *know-what*. No quesito construção dos protocolos médico-assistenciais, dizem respeito a *como a incorporação de novas tecnologias de maior valor assistencial e comercial são identificadas e aproveitadas como recursos de desempenho superior – por exemplo, que recursos de desempenho diferencial incluir no protocolo de infarte agudo do miocárdio?*

- c. Caminhos: O conceito da dependência estratégica dos caminhos leva em consideração as oportunidades tecnológicas da estrutura industrial. Neste sentido, as oportunidades são vistas como os motivadores dos caminhos a serem descobertos e percorridos de acordo com as intenções estratégicas da empresa. Seriam uma espécie de *know-why*. Na questão da construção dos protocolos médico-assistenciais, dizem respeito *ao respeito pelos dados epidemiológicos do contexto, que orientam quais protocolos construir e que recursos utiliza – por exemplo, por que construir um protocolo para atender infarte agudo do miocárdio?*

Ao considerar que a gestão dos protocolos médico-assistenciais, quando da sua construção, são processos de construção do conhecimento que levam a rotinas e padrões assistenciais de atendimento, este tipo de gestão identifica-se com as três categorias de fatores para a compreensão do processo estratégico baseadas no conhecimento definidas em Teece, Pisano e Shuen (1997).

Neste contexto da estratégia vinculada aos tipos e conteúdos de conhecimento, Sanchez e Heene (1997) argumentam que a empresa deve saber os tipos de conhecimento que são causa de competência distintiva no cenário de competição entre as empresas. Isto quer dizer que as empresas devem observar as tensões entre os benefícios da influência de conhecimentos estratégicos *versus* o prejuízo da perda de controle desses conhecimentos considerados críticos.

Sanchez e Heene (1997) estabelecem uma relação entre o tipo de contexto e recomendações relativas aos tipos de conhecimento:

- a. Em contextos de “tecnologia estável” o conhecimento *know-how* deve ser controlado pela empresa que o detém;
- b. Em contextos de “desenvolvimento tecnológico constante” o conhecimento *know-why* é quem deve ser controlado;
- c. E em contextos de “extrema dinamicidade e tecnologias mutáveis” é o conhecimento *know-what* quem deve ser controlado.

Portanto, considerando que os protocolos médico-assistenciais são formas “do que fazer e como fazer” em determinadas situações, caracterizam as melhores práticas que todos os hospitais deveriam promover. Como se fosse uma qualidade mandatória e não atrativa. A rigor, um protocolo de atendimento ao infarte agudo do miocárdio é praticamente o mesmo em todos os hospitais. Assim, o protocolo em si não é o determinante estratégico, pois não definem, a priori, diferenciais competitivos entre as organizações. Em perseguição a esta reflexão, pode-se argumentar que o verdadeiramente estratégico é a gestão hospitalar que faz acontecer a construção e a implementação dos protocolos – no caso, a gestão da criação do conhecimento. *Daí porque a gestão do conhecimento a partir dos protocolos se transformar em poderosa estratégia.* Hospitais sem esta competência correm sérios riscos competitivos.

Voltando a Sanchez e Heene (1997), sobre o contexto tecnológico, pode-se pensar que, embora a saúde se caracterize por “extrema dinamicidade e mutabilidade tecnológica”, o grande diferencial competitivo a ser controlado começa a ser construído internamente pelo o *know-how* de como gerir o conhecimento da construção dos protocolos. O *know-why* e o *know-what* são conteúdos estratégicos do conhecimento que se destacam em uma dimensão mais externa à organização.

O reconhecimento das congruências e complementaridades entre os processos de gestão dos protocolos médico-assistenciais alinhados às estratégias hospitalares, são fatores críticos ao entendimento, incentivo e exercício das capacidades organizacionais hospitalares. Em outras palavras, fazer a gestão dos protocolos no sentido de promover conhecimento, implica em desenvolver capacidades distintas, alinhadas às estratégias da organização – gerenciamento estratégico. Assim, a construção dos protocolos médico-assistenciais deve, para estar alinhada à estratégia hospitalar, seguir uma orientação que definitivamente vincule o protocolo médico-assistencial e os recursos neles utilizados às metas estratégicas determinadas pela organização. Isto pode não ser tarefa fácil ou simplesmente normal. Pode

dependem de um gerenciamento criativo e flexível que, durante a construção dos protocolos, torne-os adaptáveis às mudanças do meio. Uma expertise tipo um *know-how* gerencial diferencial.

É possível que estas capacidades distintas estejam relacionadas à habilidade gerencial de motivar os ativistas, coordená-los e promover junto a eles alianças estratégicas com representantes do mercado (pacientes e operadoras dos planos de saúde) objetivando tornar mais efetiva a construção dos protocolos e conseqüentemente o compartilhamento de processos, objetivos e resultados.

No entanto, **“Muitas vezes as organizações desenvolvem processos distintos que não podem ser suportados por novas tecnologias, embora a grande semelhança com as antigas tecnologias”** (TEECE, PISANO e SHUEN, 1997, p. 272). Isto é muitas vezes devido à falta de congruência entre os processos de gestão, assim como a uma coordenação insuficiente entre esses processos e as estratégias, resultado do não desenvolvimento de capacidades organizacionais distintas. A este processo de gestão coordenada, que **“abre as portas da organização à aprendizagem inter-organizacional”**, Teece, Pisano e Shuen (1997, p. 272) chamam de *capacidades dinâmicas* que, portanto, sustentam as capacidades distintas decorrentes do gerenciamento estratégico.

Exemplificando, os recursos operacionais para a construção dos protocolos e a conseqüente disponibilização estratégica pelo hospital, podem resultar deficientes em virtude de falhas no entrosamento da missão, de infra-estrutura organizacional, de contextos organizacionais ricos em barreiras e tensões, e idéias estratégicas não compartilhadas que, definitivamente, impossibilitem processos assistenciais distintos e determinantes de vantagens competitivas.

Como exemplo, uma organização hospitalar de ensino e pesquisa com programas de ensino voltados à graduação e à residência médica, poderá desenvolver um gerenciamento através de capacidades dinâmicas que combine e integre recursos pertinentes aos vários interesses conforme as expectativas das diferentes hierarquias de profissionais: professores, médicos contratados, alunos, doutorandos, residentes, pesquisadores e outros profissionais técnicos afins.

Entretanto, do ponto de vista da inovação, entre as situações desafiantes mais freqüentes que a gerência enfrenta estão a convivência com a mudança, seja ela potencial ou concreta, e o pensamento criativo (QUINN, THOMPSON, FAERMAN e McGRATH, 2004).

Sem dúvida, o papel de “inovador” de um gerente é extremamente desafiante, pois lhe obrigará a ter como foco uma capacidade especial de adaptação e promover respostas rápidas



ao meio ambiente. Assim, o papel gerencial de inovador está relacionado à criatividade do gerente de acordo com o gerenciamento das transformações, justamente em uma época em que o binômio “mudança-adaptação” invade todos os aspectos da vida organizacional. A dúvida não é sobre se as mudanças ocorrerão, mas como a organização irá reagir. Neste sentido, de imediato é possível questionar se organizações pouco flexíveis colaborariam para que houvesse um dinamismo que acompanhe as novas tendências e necessidades.

Ao próprio pensamento criativo são indispensáveis habilidades associadas a conhecimentos básicos e especializados.

**“Não esquecendo de que o pensamento criativo se fundamenta, em grande parte, no conhecimento, valendo-se de informações que a pessoa já detém [...] a penicilina não poderia ter sido descoberta por qualquer um, mas talvez sim por qualquer biólogo com o conhecimento especializado necessário” (QUINN *et al*, p. 343, 2004).**

No seguimento, estes autores comentam que as habilidades criativas permitem aos indivíduos associar conceitos até então independentes e a conceber novas maneiras de pensar. Isto estimula ações que alinham, combinam e integram recursos, com o propósito de otimizar processos e alcançar, de modo diferenciado, objetivos considerados estratégicos, os quais, em inúmeras oportunidades, são dependentes de uma competência calcada em capacidades gerenciais dinâmicas. **“O emprego do pensamento criativo na resolução de problemas permite às organizações acesso a recursos humanos e físicos que com frequência são subutilizados” (QUINN *et al*, p. 348, 2004).**

#### **4.7.1 O perigo além do conhecimento tácito**

O conhecimento tácito tem como característica o domínio individual, sendo difícil tornar-se articulado. Ao passo que este se apresenta como de domínio coletivo, estando apto a ser utilizado por toda a organização. A articulação se dá através de palavras, desenhos, esquemas, símbolos, etc., desde que o significado dado pelos outros indivíduos seja similar. Então, o conhecimento articulado passa a ser uma crença genuinamente comunicada pela organização, que tem um significado explícito e que é dependente do contexto onde se insere.

Já a codificação do conhecimento é um processo de gerenciamento no sentido de fazê-lo compreensível e utilizável a outros indivíduos e grupos na organização.

Sanchez e Heene (1997) comentam que o potencial para que um conhecimento exerça influência competitiva em uma organização é maior quando se encontra na forma articulada e, posteriormente codificada, ao invés de permanecer “bem guardado” sob posse individual. Todavia, o conhecimento tácito ao se tornar articulado, além de difundir-se pela organização, também pode, perigosamente, transferir-se a outras organizações. Os autores ainda observam que o simples fato de se transformar em articulado não significa obrigatoriamente que possa se transferir a outras organizações: pode não ser compreendido em outro ambiente; pode sofrer diferenças de valoração, inclusive em decorrência de diferenças no tempo entre a descoberta e a aplicação; e pode sofrer barreiras de língua.

Do ponto de vista estratégico, se por um lado o conhecimento articulado pode ter dificuldades consideradas positivas para ser difundido pela empresa e a outras empresas, por outro lado o conhecimento tácito pode ter dificuldades efetivas de influenciar a organização.

Assim, para compreender como o conhecimento articulado pode tornar-se causa de vantagens tão-só àquela organização na competição baseada em competências, deve-se entender seus processos de influência e controle, bem como o contexto onde está inserido e os componentes estratégicos, para que possa haver um modelo efetivo de difusão. A gestão estratégica do conhecimento deveria promover meios que facilitassem a articulação e a codificação, favorecendo a sua apreensão por grupos afins dentro e fora da empresa, mas controlando para que empresas rivais não se apoderem desse conhecimento.

#### **4.7.2 A proteção à replicabilidade e imitabilidade da construção dos protocolos médico-assistenciais**

Capacidades organizacionais distintas podem promover vantagem competitiva somente se estiverem baseadas em uma coleção de rotinas, esquemas e qualidades complementares de difícil replicabilidade e imitação (TEECE, PISANO e SHUEN, 1997).

A replicabilidade envolve a transferência de competências de uma situação econômica concreta para outra. Todavia, não se trata simplesmente de uma transmissão de informação, pois o foco de atenção da replicabilidade está concentrado em um conhecimento plenamente codificado (TEECE, PISANO e SHUEN, 1997). Aí reside um dos grandes problemas da replicabilidade, pois, mesmo havendo o entendimento de quais rotinas são relevantes para

uma competência distinta, podem não estar transparentes a ponto de serem replicadas decorrentes da não conversão do conhecimento tácito em codificado.

Sobre a replicabilidade de capacidades organizacionais, Teece, Pisano e Shuen (1997) observam que há, no mínimo, dois tipos de estratégias de valor relacionadas à probabilidade de replicação. Uma está relacionada à habilidade de suportar geograficamente a expansão de produtos. A outra indica a capacidade que a empresa tem de aprender e melhorar no novo local de implementação das competências distintas. Conforme esses autores, há consideráveis evidências empíricas que suportam a noção de que a compreensão de processos gerenciais e produtivos são as chaves dos processos de melhoramento. Compreensão dos processos de integração e coordenação que participam dos processos gerenciais e produtivos. Uma empresa não poderia melhorar sem esse entendimento. Um profundo processo de compreensão é freqüentemente requerido para que a codificação se dê forma adequada. Na verdade, Teece, Pisano e Shuen (1997) chamam a atenção para o fato de que se o conhecimento é altamente tácito, isto indica que muito provavelmente sua estrutura deverá ser pouco compreendida, resultando em replicabilidade dificultada.

A imitabilidade é a replicabilidade obtida pela concorrência. Os mesmos fatores que tornam a replicabilidade difícil também dificultam a imitabilidade. Inclusive, Teece, Pisano e Shuen (1997) alertam que quando o conhecimento tácito é elemento significativo, a imitação poderá ser impossível. No outro extremo, quanto mais tácito um conhecimento, também mais difícil será a sua conversão interna para conhecimento explícito, tornando problemática a difusão pela empresa.

Seguindo Teece, Pisano e Shuen (1997), a gestão dos protocolos médico-assistenciais se enquadra na categoria *processos organizacionais e gerenciais* dos elementos estratégicos que determinam as vantagens competitivas. Esta gestão é um tipo de capacidade dinâmica, pois integra e coordena os recursos consumidos nos processos produtivos assistenciais alinhando-os à estratégia corporativa, e determinando competências distintas ou essenciais. É a gestão em si a força da capacidade dinâmica, distintiva, ou competência essencial. Os protocolos são os seus frutos, mas conforme já salientado anteriormente, não são eles os determinantes estratégicos. Partindo deste pressuposto, é a gestão dos protocolos que, para manter vantagem competitiva ao hospital, devem precaver-se da replicabilidade e imitabilidade. Protocolos médico-assistenciais são facilmente obtidos para imitação. Sob a ótica desse consenso há que se indagar: qual a atuação ideal da gestão dos protocolos médico-assistenciais que ao mesmo tempo favoreça a conversão dos conhecimentos tácitos em

explícitos, difundindo-os por todo o hospital; e que impeça (ou dificulte) os processos de replicabilidade e imitabilidade?

#### **4.8 A Preocupação Estratégica das Alianças Inter-Organizacionais**

Dois termos são frequentemente aplicados para descrever a existência de uma aliança entre as organizações: interconexão e interdependência entre elas (ZAJAC e D'AUNNO, 1997). Conectividade e interdependência são termos importantes que servem de base para conceituar que certa organização não detém uma simples força externa e comum, mas uma situação conjunta com outras organizações que lhes auferem benefícios mútuos. De algum modo, fazem parte do ambiente no qual se envolvem outras organizações. Em extensão a estas considerações, é também oportuno observar a expressão “ambiente organizacional” (estrutura de relação entre os vários constituintes), com o propósito de focar mais atenção em *como* organizações específicas interagem umas com as outras. A expectativa é de que as interações promovam a facilitação da missão e da visão, tornando-se, assim, alianças inter-organizacionais definitivamente estratégicas.

A questão das alianças estratégicas no setor da saúde tem assumido caráter relevante nos EUA nos últimos anos em vista do número que tem atingido. Zuckerman e Kaluzny (1991) observam que desde a década de 1970 mais de 15 grandes hospitais americanos estabeleceram alianças que incluíram mais de 1.600 membros. No período da publicação do artigo desses autores, aproximadamente 30% dos hospitais americanos já eram membros de alianças. Naquele país há alianças entre hospitais e grupos médicos; entre hospitais e organizações financeiras de saúde (o que seriam, para nós, as operadoras dos planos de saúde); e entre hospitais, médicos e agências governamentais. A variedade de possibilidades de padrões de aliança é elevada, dando vastas possibilidades de interdependências entre as várias organizações do setor.

Entretanto, as alianças estratégicas cooperativas no setor da saúde são vistas por muitos autores como frágeis, expondo cada parte ao risco de que alguma possa deixar de cooperar. Zajac e D'Aunno (1997) citam um percentual de falha na ordem de 50% a 80%. A falha no sistema cooperativo pode resultar em dramas consideráveis, determinando, inclusive, a irreparabilidade da organização. Neste sentido é imperativo avaliar o risco da aliança

estratégica *versus* os benefícios esperados em termos de melhora da performance financeira, estrutura dos custos, inovação e aprendizagem organizacional (ZAJAC e D'AUNNO, 1997).

Zuckerman e D'Aunno (1990) comentam que nas alianças entre hospitais a busca por inovação direciona forças que muitas vezes vão além do pactuado na própria aliança, estando quase que invariavelmente presentes no pacto os objetivos de aprender sobre novos mercados, serviços e maneiras de fazer negócio. Entretanto, para os mesmos autores, estes objetivos podem se correlacionar de modo negativo com a performance financeira, no mínimo em curto prazo.

Zuckerman e Kaluzny (1991) listam e argumentam os pontos positivos e negativos das alianças. O Quadro 4 sumariza os pontos.

<b>Pontos Positivos</b>	<b>Pontos Negativos</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Refletem o real negócio de interesse das partes, tornando possível a elaboração de instrumentos de controle;</li> <li>2. Promovem que as organizações criem maneiras gerenciais para enfrentar a complexidade das relações e a interdependência, sem perda de autonomia;</li> <li>3. Permitem que as organizações vençam a tendência à inércia em um ambiente altamente mutável pelas inovações tecnológicas.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Podem desfocar a organização da sua real missão e intenções estratégicas originais;</li> <li>2. Podem promover o colúio entre outras organizações e estimular a competição;</li> <li>3. O processo pode ser gerencialmente difícil nas fases iniciais, incorrendo em custos excessivos de transação e controle.</li> </ol>

**QUADRO 4: Pontos positivos e negativos das alianças no setor da saúde** (Fonte: Baseado em Zuckerman e Kaluzny, 1991).

D'Aunno e Zuckerman (1987) estudaram qual o foco primário das alianças em relação ao “porque emergiram” e “como foram estruturadas”. Deste estudo os autores desenvolveram um modelo que auxilia os gerentes a promover chances de sucesso. Em relação ao processo de construção das alianças, o Quadro 5 descreve os estágios e os fatores chaves do desenvolvimento de cada estágio do modelo de alianças estratégicas no setor da saúde.

<b>Emergência</b>	<b>Transição</b>	<b>Maturidade</b>	<b>Cruzamentos Críticos</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ambiente de ameaças, oportunidades e incertezas quanto ao valor dos recursos;</li> <li>- Organização</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Motivação para realizar os objetivos da aliança;</li> <li>- Aumento de dependência da aliança</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disposição para colocar os interesses da aliança em primeiro lugar;</li> <li>- Membros recebem</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumento da centralização e dependência da aliança para motivação dos membros;</li> </ul>

compartilha ideologias e dependências similares; - Definição de propósitos da aliança e critérios para o ingresso de membros.	em relação aos valores dos recursos; - Estabelecimento de mecanismos de coordenação.	benefícios relativos aos investimentos; - Manutenção dos objetivos e das políticas de incentivo.	- Gerenciamento das decisões sobre o futuro da aliança.
--	---	---	---

### **QUADRO 5: Estágios e fatores chave do modelo de alianças no setor da saúde**

(Fonte: Adaptado de D’Aunno e Zuckerman, 1987).

As alianças no setor da saúde podem ser analisadas à luz do contexto do modelo de seu ciclo de vida. O modelo resumido no Quadro 5 acima, sugere que a organização freqüentemente se move através de estágios prováveis, porém não determinísticos, de crescimento, cujos diferentes fatores evolutivos lhes determinam e direcionam. Cada estágio proporciona distinções que auxiliam tarefas gerenciais a serem executadas pelas lideranças. Na verdade o modelo de multiestágios alerta sobre a probabilidade de ocorrência seqüencial das fases, antecipando experiências e enfatizando questões críticas que as organizações de saúde poderão enfrentar face às alianças tratadas. Observa-se que o ambiente de ameaças e oportunidades é que deflagra o processo de aliança, que se consolida na medida em que as organizações identificam a necessidade de compartilhar ideologias e dependências. Assim, pode-se comentar que a qualidade desse compartilhamento determina o que vem pela frente – normalidade dos estágios e graus de sucesso.

Embora a real necessidade em construir alianças entre as várias entidades participantes do setor da saúde, muitos são os insucessos. “A maior dificuldade que as organizações enfrentam em decorrência de problemas com as alianças é a inabilidade em identificar corretamente o problema” (ZAJAC e D’AUNNO, 1997). Problemas mal definidos ocasionam resoluções deficientes.

Neste sentido, Zajac e D’Aunno (1997) propõem que os problemas relacionados às alianças no setor da saúde podem ser enquadrados em quatro categorias: (1) problemas do ambiente; (2) problemas da formulação das estratégias; (3) problemas estruturais; e (4) problemas comportamentais. Um exemplo de problema ambiental é a mudança freqüente de paradigmas de qualidade em vista dos avanços tecnológicos. Isto leva a problemas na formulação de estratégias, pois o ambiente torna-se mutável em curto espaço de tempo. Os problemas relacionados à estrutura das alianças dizem respeito ao grau de organização entre

os membros. E problemas comportamentais são exemplificados com pessoas cujo perfil de negociador mostra-se pouco cooperativo.

Quanto às intenções estratégicas no setor da saúde Zajac e D'Aunno (1997) classificam-nas em quatro segmentos: (1) relacionado à utilização dos recursos; (2) performance financeira através da redução de custos e obtenção de receitas; (3) qualidade, inovação e aprendizagem; e (4) poder de barganha e redução de incertezas.

De certa forma, todas as intenções estratégicas que associam prestadores de serviços em saúde e operadoras dos planos de saúde são contempladas pelos compartilhamentos tipos III e IV desenvolvidos por Ulrich e Lake (1990).

O primeiro segmento se caracteriza por dois tipos de alianças: *pool* de alianças e *trading* de alianças. Em um *pool* de alianças há uma contribuição para juntas garantir uma similaridade de recursos superiores com o propósito de integração e combinação – responsabilidade das capacidades gerenciais dinâmicas de Teece, Pisano e Shuem, 1997. No tipo *trading* elas buscam contribuir na utilização diversificada de recursos. Um exemplo de objetivo de *pool* de alianças hospitalares diz respeito a ganhos em consequência do poder de compra de algum recurso a ser utilizado pela aliança dos hospitais sobre grupos de fornecedores. No caso das alianças tipo *trading*, um exemplo seriam grupos médicos onde cada grupo pressionaria por recursos pertinentes à especialidade, determinando grande variabilidade de recursos que seriam ou não utilizados em diferentes hospitais.

O segundo segmento se preocupa com as expectativas dos desfechos financeiros. O sucesso deste tipo de aliança é definido pelo grau em que as expectativas de resultados são construídas, a maneira como eventuais incompatibilidades entre os resultados desejados são avaliadas, e a forma como os resultados são percebidos.

O terceiro segmento diferencia-se dos anteriores porque, embora possa realmente reduzir custos e melhorar receitas, a sua avaliação no amplo quesito da performance financeira pode ser de difícil discernimento em vista de inúmeras variáveis que possam colaborar negativamente. Exemplificando, Zuckerman e D'Aunno (1990) chamam a atenção para o fato negativo de que em uma aliança entre hospitais, um dos membros tem resultados da qualidade assistencial inferiores à média, causando danos à reputação dos demais. Outro exemplo pertinente ao segmento e que poderá trazer resultados desfavoráveis está relacionada às diferenças regionais logísticas de acessibilidade da comunidade entre os membros da aliança. Quanto aos processos de inovação e aprendizagem no setor da saúde, Zajac e D'Aunno (1997) comentam que as alianças estratégicas que daí emergem são particularmente lentas, requerendo alto nível de comprometimento e paciência. Além do mais, estas alianças

tendem a subestimar o envolvimento necessário para auferir benefícios através da inovação e aprendizagem.

O quarto segmento, poder de barganha e redução de incertezas, na ótica de Zajac e D'Aunno (1997) estão agrupados porque um trás implicações sobre o outro. Especificamente, tendem a reduzir as dependências dos membros da aliança em relação ao ambiente no qual se inserem. O exemplo típico é a redução de dependência dos hospitais em relação a algumas tecnologias, equipamentos, materiais e medicamentos, da indústria do setor da saúde.

Saliente-se que as intenções estratégicas não são mutuamente excludentes.

Considerando os protocolos médico-assistenciais, observa-se que podem estar no centro das atenções das várias intenções estratégicas. Como são processos assistenciais que definem padrões de atendimento, diagnóstico e tratamento, definem quais os recursos a serem utilizados e de que forma devem ser consumidos. Ou seja, o processo de trabalho. Além do mais, enseja o compartilhar de objetivos e resultados entre os vários interessados – compartilhamento de idéias tipo III e IV (ULRICH e LAKE, 1990). Isto, de modo abrangente, estimula alianças tipo *pool* e *trading*; alianças para a racionalização (controle) dos custos; alianças voltadas à qualidade, inovação e aprendizagem das organizações participantes da aliança; e, em consequência, redução de incertezas quanto aos desfechos assistenciais e financeiros.

Baseada nesta seção, a pesquisa de campo através da percepção dos entrevistados procurou saber sobre a existência e o conteúdo das alianças entre hospitais, fornecedores e operadoras dos planos de saúde.

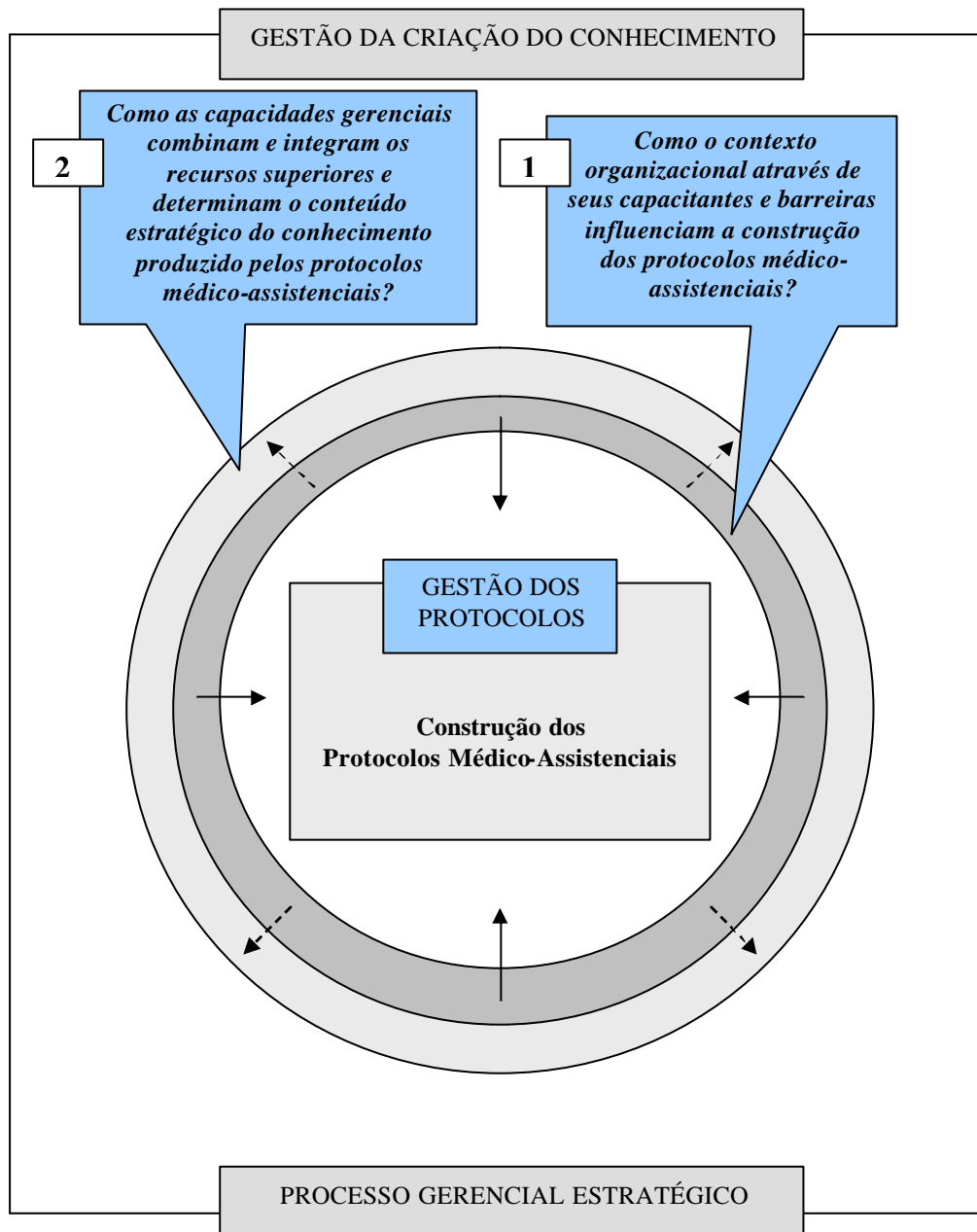


## 5. ESTRUTURAÇÃO DO MODELO CONCEITUAL DA PESQUISA

A contribuição do estudo repousa principalmente na exploração do contexto organizacional no setor da saúde, observando os elementos capacitantes (facilitadores) e as barreiras (dificultadores) à gestão da criação do conhecimento e as influências sobre o processo gerencial estratégico das organizações hospitalares.

Com este enfoque, tendo como núcleo de estudo o processo de construção dos protocolos médico-assistenciais desenvolvido por Coffey *et al.* (2005), esta seção sintetiza os fatores centrais que o fundamentam, dando origem ao modelo conceitual da pesquisa. A saber: (1) o contexto capacitante e as barreiras (VON KROG, ICHINO e NONAKA, 2001) e as tensões (CROSSAN, LANE e WHITE, 1999); (2) o compartilhamento de idéias - processos de trabalho e objetivos (ULRICH e LAKE, 1990), o compartilhamento da expressão de aprendizagem organizacional (refinamento da linguagem) – níveis e processos (CROSSAN, LANE e WHITE, 1999); (3) as formas do processo de conversão do conhecimento (NONAKA e TAKEUCHI, 1997); (4) as comunidades de prática (NONAKA e TAKEUCHI, 1997; DAVENPORT e PRUSAK, 1998; WENGER, 1998; VON KROG, ICHIJO e NONAKA, 2001; WENGER e SNYDER, 2001); (5) o desempenho dos recursos de desempenho superior (WERNERFELT, 1984; BARNEY, 1991; GRANT, 1991; HERZOG, 2001); (6) a combinação e integração dos recursos através de capacidades dinâmicas (TEECE, PISANO e SHUEN, 1997); (7) e os processos de conhecimento que sustentam estratégias (SANCHEZ e HEENE, 1997).

No sentido de reforçar e ratificar a estrutura conceitual de pesquisa a partir do referencial teórico, primeiramente a Figura 5 descreve o modelo criado em forma de diagrama que ilustra o tema de pesquisa – a influência do contexto organizacional hospitalar sobre a construção de protocolos médico-assistenciais e o conseqüente desdobramento sobre o processo gerencial estratégico.



**Figura 5: Esquema do tema de pesquisa** (Fonte: Autor do estudo).

O Quadro 6 resume as dimensões da pesquisa, assinalando as categorias de investigação conforme a ótica dos autores citados ao longo desse capítulo. Trata-se de uma espécie de quadro-resumo do diagrama do modelo conceitual de investigação. Neste momento, convém reforçar que Von Krogh, Ichijo e Nonaka (2001), apoiados nos trabalhos de Wenger (1998), embora ressaltem as diferenças entre contexto capacitante e as comunidades de prática, estabelecem uma forte vinculação entre eles, como se o primeiro dependesse do desempenho do segundo.

Dimensões de Pesquisa	Categorias de Investigação	Autores Principais	Temas de Investigação
<b>I. COTEXTO ORGANIZACIONAL</b> <b>A. Capacitantes</b>	1. Contexto Capacitante	I.A.1.a. Von Krog, Ichijo e Nonaka (2001);  I.A.1.b. Alavi e Leidner (2001).	I.A.1.a.1. Instilar visão do conhecimento. I.A.1.a.2. Mobilizar ativistas. I.A.1.a.3. Gerenciar conversas. I.A.1.a.4. Criar contexto adequado. I.A.1.a.5. Globalizar o conhecimento. I.A.1.b. Percepção da tecnologia de informação como recurso fundamental de apoio.
	2. Comunidades de Prática	I.A.2.a. Nonaka e Takeuchi (1997), - Davenport e Prusak (1998); I.A.2.b. Wenger (1998), Von Krog, Ichijo e Nonaka (2001), Wenger e Snyder (2001).	I.A.2.a. Cultura orientada para o conhecimento.  I.A.2.b.1. Espaços / estrutura para a criação do conhecimento. I.A.2.b.2. Apoio da alta gerência / direção. I.A.2.b.3. Legitimação na organização. I.A.2.b.4. Inserção no contexto estratégico.
	3. Compartilhamento de Idéias (visão interna)	I.A.3.a. Von Krogh, Ichijo e Nonaka (2001);  I.A.3.b. Crossan, Lane e White (1999).	I.A.3.a. Conversão do conhecimento tácito em explícito (socialização do conhecimento). I.A.3.b. Compartilhamento de compreensões entre os profissionais (refinamento da linguagem).
	4. Compartilhamento de Idéias (visão interna e externa)	I.A.4.a. Ulrich e Lake (1990);  I.A.4.b. Crossan, Lane e White (1999).	I.A.4.a. Grau de intensidade do compartilhamento das idéias e do trabalho entre os membros e demais interessados. I.A.4.b. Grau de compartilhamento sobre o entendimento dos processos e objetivos durante o processo de integração da aprendizagem.
<b>B. Barreiras e Tensões</b>	1. Contexto impróprio	I.B.1. Von Krog, Ichijo e Nonaka (2001).	I.B.1. Dificuldades em alterar paradigmas (objetivos, regras, indicadores e metas) e criar uma nova linguagem operacional e de

			desempenho.
	2. Tensões	I.B.2. Crossan, Lane e White (1999).	I.B.2.a. Dificuldades em avançar o processo de interpretação (linguagens e mapas cognitivos individuais) para o processo de integração (compartilhamento, interação coletiva): tensão <i>feed forward</i> I.B.2.b. Dificuldades em retornar, quando necessário, do processo de institucionalização para intuição (aplicação individual de um conhecimento já explicitado): tensão <i>feedback</i> .
<b>II. PROCESSO GERENCIAL ESTRATÉGICO</b>	A. Protocolos Médico-Assistenciais como Recursos (Teoria da Visão Baseada em Recursos)	II.A.1. Wernerfelt (1984), Barney (1991), Grant (1991), Herzog (2001); II.A.2. OPAS (2004).	II.A. Capacidades gerenciais: desempenho superior e propriedades dos recursos. II.A.2. Alocação estratégica dos recursos.
	B. Capacidades Dinâmicas	II.B.1 Teece, Pisano e Shuen (1997);  II.B.2. Janet Gup till (2005).	II.B.1.a. Combinação e integração dos recursos. II.B.1.b. Proteção à replicabilidade e imitabilidade dos recursos II.B.2. Produção de produtos mais rápidos, melhores e baratos.
	C. Conteúdo Estratégico do Conhecimento	II.C.1. Sanchez e Heene (1997); II.C.2. Von Krogh, Roos e Slocum (1994).	II.C.1. Conteúdo do conhecimento criado. II.C.2. Processos de conhecimento que sustentem estratégias de sobrevivência e avanço.
	D. Gestão de Parcerias	II.D. Zajac e D'Aunno (1997).	II.D. Alianças estratégicas.

**Quadro 6: Dimensões da pesquisa à luz do referencial teórico** (Fonte: autor do estudo).

Ressalta-se que o Quadro 6 é apenas uma forma esquemática de expressar o direcionamento dado à pesquisa. Não houve a intenção de compartimentalizar a investigação. Este equívoco faria com que a investigação perdesse o caráter interativo e dinâmico das questões, elemento importante de um estudo exploratório, na medida em que as teorias citadas foram avaliadas sempre no intuito de auxiliar a compreensão do problema de pesquisa.

## **6. METODOLOGIA DA PESQUISA**

### **6.1 A Classificação da Pesquisa**

A metodologia da pesquisa é parte extremamente importante de qualquer estudo organizacional, pois é a partir dela que os elementos construtivos da ciência (validação, confiabilidade e aplicação) poderão ser adequadamente avaliados (REED, 1999).

A metodologia explicita o desenho da pesquisa através de descrição adequada, incluindo itens como as características da pesquisa, a especificidade do método, o tipo de corte, nível e a unidade de análise.

A metodologia empregada pelo estudo caracteriza-se como *pesquisa qualitativa*. Historicamente a pesquisa qualitativa tem sido cada vez mais utilizada em alguns campos específicos de investigação nas ciências sociais, notadamente na antropologia e ciências políticas, entretanto, é principalmente em disciplinas básicas e aplicadas tais como a administração em geral e nos estudos organizacionais relacionados à sociologia, psicologia, educação e saúde, que o crescimento tem sido relevante (VIEIRA, 2006).

De modo geral, a pesquisa qualitativa é definida como a que se fundamenta em análises qualitativas, caracterizando-se, em tese, pela não-utilização de ferramentas estatísticas. A lógica e a coerência da argumentação não são baseadas unicamente nas relações estatísticas entre as variáveis, mas através de unidades de observação descritas no seguimento a entrevistas formais e informais, técnicas de observação de campo, análises históricas, etnografia, etc. (ROESCH, 1999).

Todavia, pelo fato da não-utilização das técnicas estatísticas, não significa que as análises realizadas sejam meras especulações de ordem subjetiva do pesquisador. Com alguma freqüência análises quantitativas fundamentam análises qualitativas, mas é notório que as análises qualitativas sustentam-se fortemente em conhecimentos teórico-empíricos que favorecem atribuir-lhe cientificidade.

Outra característica da pesquisa qualitativa é que ela possibilita descrições ricas e bem fundamentadas, além de explanações sobre processos inseridos em contextos complexos. Isto, de certa forma, favorece ao pesquisador revisar seu arsenal teórico de investigação, conferindo maior flexibilidade ao estudo do fenômeno organizacional desejado.

Em contraste à alegada objetividade da pesquisa quantitativa, é justamente o risco da subjetividade da pesquisa qualitativa o seu ponto de maior vulnerabilidade. Daí a importância da definição explícita e transparente das perguntas de pesquisa, dos conceitos relativos aos construtos das variáveis, assim como a descrição detalhada dos procedimentos de campo, com o intuito de garantir à pesquisa qualitativa a melhor objetivação possível do fenômeno em estudo, permitindo, inclusive, replicação (VIEIRA, 2006).

Este estudo optou pela pesquisa qualitativa como método investigativo de pesquisa porque no âmbito dos serviços de saúde identifica-se uma clara posição acerca da concepção puramente positivista na qual, equivocadamente, se reconhece a existência de uma única realidade, objetiva e externa ao pesquisador a quem cabe desvendá-la. A partir de uma perspectiva mais relativista aderente à postura qualitativa, tem-se a chance de assumir a inexistência não de uma única realidade, mas de várias realidades que interagem, fruto da forma como os indivíduos, grupos ou coletividades percebem, interpretam e atuam (BOSI e MERCADO-MARTINEZ, 2004).

Neste sentido, os interesses se diversificam, pois entender um serviço médico-assistencial ou programa de saúde pode-se ter como meta conhecer a perspectiva dos vários profissionais envolvidos, mas se pode também ouvir os clientes e consumidores assim como os administradores. Portanto, o tema de fundo é amplo, reconhecendo a existência de diversos pontos de vista e, sobretudo, outro pode ter um ponto de vista diferente e igualmente válido.

Para Bosi e Mercado-Martinez (2004, p. 39)

**“O setor da saúde é um dos espaços sociais onde a opinião dos especialistas e profissionais continua sendo decisiva no planejamento, organização e avaliação dos serviços. Ante tal situação, as propostas derivadas da pesquisa qualitativa pressupõem a existência de diversos pontos de vista e também a inexistência de verdades únicas, universais e eternas. Neste sentido, a visão passa a ser considerada uma dentre tantas interpretações possíveis ou existentes”.**

Em suma, abordar o tema *pesquisa qualitativa* e lhe escolher como método investigativo, não parece ser apenas uma postura acadêmica que abandona outras, mas sim adotar um enfoque com inúmeros e distintos posicionamentos.

## **6.2 O Método**

O método de pesquisa eleito foi o *estudo de caso*, sendo que a especificidade do método escolhido foi *estudo de casos múltiplos incorporados*.

Tal método se mostra adequado à proposta porque se propõe a investigar um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto real, especialmente quando os limites e inter-relações entre o fenômeno estudado e o contexto que lhe encerra não estão claramente definidos e compreendidos (Yin, 2001). Este mesmo autor indica que o método de estudo de caso seja aplicado sempre que a questão de pesquisa (problema) for do tipo “como” e/ou “por que”, paralelamente ao fato de que ao pesquisador não é facultado o controle dos eventos comportamentais.

Além disso, ao se embasar em várias fontes de evidências (tática de teste de qualidade da validade dos construtos), o método de estudo de caso se beneficia do desenvolvimento prévio de proposições teóricas para conduzir a coleta e a análise de dados (Yin, 2001). A utilização de *múltiplos casos* confere à pesquisa a oportunidade de colher evidências inseridas em diferentes contextos, colaborando para a elaboração de pesquisas de melhor qualidade.

Quanto ao número de casos foi difícil prever uma definição inicial. Além do que, o mais adequado é adicionar progressivamente novos casos, até o momento em que não houver aumento significativo de informações.

Neste sentido, a decisão por este método fundamentou-se na necessidade de uma estratégia de pesquisa que, tendo como tema central a gestão da criação do conhecimento nas organizações hospitalares, explorasse:

- “Como” as especialidades médicas organizadas em serviços e equipes multiprofissionais criam conhecimento a partir da construção dos protocolos médico-assistenciais?
- “Como” o contexto interfere nesta criação?
- “Como” ocorre o compartilhamento de idéias?
- “Como” funcionam os serviços e equipes? Poderiam ser caracterizados como comunidades de prática?

No entanto, o método classificado como *exploratório* foi além do simples fato de gerar hipóteses que possam ser testadas em estudos futuros. Além de exploratório, foi também

*descritivo*, visto que descreveu situações com profundidade, buscando ilustrar a realidade vivida no ambiente pesquisado. Outrossim, considerando que vários componentes dos casos sofreram uma tentativa de inferir relações causais, pode-se também atribuir ao método utilizado uma certa propriedade *explanatória*.

O desenvolvimento ou aproveitamento de determinada teoria como parte integrante do projeto de pesquisa é essencial caso haja interesse em lhe testar, conduzindo à definição de quais informações coletar e qual o processo de análise.

Ao longo de sua obra, Yin (2001) caracteriza o papel da teoria como “generalização analítica”, pois utiliza uma teoria previamente desenvolvida como modelo com o qual se deve comparar os resultados empíricos do estudo de caso. O mesmo autor observa que se pode utilizar a generalização analítica se o estudo de caso envolver um ou vários casos.

### **6.3 Os Casos Múltiplos Incorporados**

Segundo Yin (2001) o mesmo estudo de caso pode envolver mais de uma unidade de análise. Isso ocorre quando, dentro de um caso único, se dá atenção a uma subunidade ou a várias subunidades. Por exemplo, embora um estudo de caso possa tratar de um simples programa público, devem constar na análise os resultados dos projetos individuais dentro do programa. Independente da forma de como as unidades foram selecionadas, o projeto resultante é denominado *projeto de estudo de caso incorporado*.

De modo análogo, seguindo a lógica contida na observação acima, o projeto de pesquisa foi denominado de *casos múltiplos incorporados* devido ao fato de que a gestão da criação do conhecimento, tendo sido estudada em mais de um hospital nos quais houve a observação de duas unidades de análise (grupo especialidade médica organizadas em serviços e equipes multiprofissionais, e grupo diretores de hospital) caracteriza a *multiplicidade de unidades de análise e a incorporação dos casos*. A gestão da criação do conhecimento não existe como uma espécie de programa único desenvolvido em conjunto pelos hospitais estudados. Ou seja, a gestão da criação do conhecimento, inadvertidamente ou não, é própria de cada hospital, caracterizando-se como uma espécie de “práticas individuais” em cada organização hospitalar. Como se a gestão da criação do conhecimento, vista como um todo, estivesse segmentada em “várias gestões da criação do conhecimento” características de cada hospital e apreciada através das unidades de análise ao longo da pesquisa de campo.

### **6.4 As Unidades de Análise**



As unidades de análise referem-se às unidades de observação sobre as quais as inferências são feitas e devem ser representativas do nível de análise (VIEIRA, 2006).

Nesta pesquisa houve duas unidades de análise através das quais foram observados os objetivos da pesquisa:

- **Grupos médicos organizados em serviços da especialidade de cardiologia, coordenados por gestores líderes e associados a equipes multiprofissionais** responsáveis pela construção dos protocolos médico-assistenciais, onde o foco da pesquisa se deteve não somente às questões vinculadas ao contexto, ao compartilhamento de idéias e à funcionalidade das comunidades de prática, mas também processo estratégico – *dimensão contexto organizacional*;
- **Grupo de diretores hospitalares** com o qual o foco da pesquisa se concentrou no processo gerencial estratégico, através de observações em relação às capacidades gerenciais e ao conteúdo estratégico do conhecimento criado a partir dos protocolos médico-assistenciais – *dimensão estratégica*.

Assim, a primeira unidade de análise (grupos médicos e demais profissionais técnicos) manteve o foco preferencial sobre o contexto, mas sem perder o olhar sobre o processo estratégico. A segunda unidade de análise (grupo de diretores) manteve uma visão direcionada exclusivamente ao processo estratégico da organização.

A especialidade médica da cardiologia foi pesquisada sob o mesmo foco de interesse do estudo nos hospitais, desde que preenchidos alguns requisitos relativos à organização de serviços: liderança reconhecida, número de médicos conhecidos e credenciados pelo hospital, encontros sistemáticos, discussões de trabalho, construção de protocolos, metas explicitadas (não necessariamente alinhadas ao hospital) e utilização de indicadores.

Nos hospitais onde os gestores da especialidade de cardiologia foram entrevistados, os diretores do hospital também o foram. Outros profissionais envolvidos com a criação do conhecimento através da construção de protocolos médico-assistenciais tais como enfermeiros e fisioterapeutas (equipes multiprofissionais) também foram entrevistados.

A Figura 6 representa o modelo básico da pesquisa através do método de estudo de casos múltiplos e suas unidades de análise.



**Figura 6: Modelo básico da pesquisa: múltiplos casos incorporados e unidades de análise**  
(Fonte: Autor do estudo).

O Quadro 7 sintetiza as características da pesquisa no sentido de conceitualmente nivelar os elementos integrantes da metodologia da pesquisa.

Itens	Descrição
Tipo de pesquisa	Qualitativa.
Especificidade	Estudo de casos múltiplos incorporados, classificado principalmente como de cunho descritivo e exploratório.
Corte	Basicamente seccional, mas com alguma perspectiva longitudinal.
Tema central de pesquisa	Gestão estratégica da criação do conhecimento nas organizações hospitalares
Problema de pesquisa	Como o contexto organizacional dos hospitais, seus fatores capacitantes e barreiras, interage com o processo gerencial estratégico.

Unidade de análise 1: dimensão contexto organizacional	Grupos de profissionais técnicos da saúde, organizados a partir de especialidades médicas de cardiologia.
Unidade de análise 2: dimensão estratégica	Grupos de profissionais técnicos da saúde, organizados a partir de especialidades médicas de cardiologia e Diretores de hospital.
Nível	O objeto central de interesse da pesquisa é a organização hospitalar.
População e amostra	Considerando o caráter qualitativo da pesquisa esta questão não se aplica de forma tradicional, assim, houve a intenção de identificar as diferentes percepções dos fenômenos estudados, mesmo que tais percepções não representassem uma amostra significativa de um segmento considerado estatisticamente expressivo da população.

**Quadro 7: Elementos gerais da metodologia de pesquisa** (*Fonte: Autor do estudo*).

## 6.5 Os Testes da Qualidade do Projeto de Pesquisa

Yin (2001) chama a atenção para os testes comumente utilizados para se determinar a qualidade de qualquer pesquisa social empírica: validade do construto, validade interna, validade externa e confiabilidade. A esses também se acrescentou o teste da credibilidade. Os testes estão vinculados às táticas que são recomendadas aos estudos de caso em cada fase da pesquisa.

### 6.5.1 Validade do construto

Uma metodologia bem estruturada de pesquisa deve, obrigatoriamente, contemplar as hipóteses ou perguntas relativas ao problema de pesquisa, apoiados em referencial teórico robusto a ponto de qualificar a análise e a conclusão do trabalho. Neste contexto, inicialmente, um elemento de grande destaque para a avaliação do rigor da pesquisa qualitativa são as definições constitutivas e operacionais de termos ou variáveis (VIEIRA, 2006). As definições constitutivas referem-se aos conceitos definidos por alguns autores referenciados das variáveis ou termos que serão utilizados. As definições operacionais referem-se a como aquela variável ou termo será identificado, verificado ou medido realmente. As definições

operacionais representam as operacionalizações das definições constitutivas ou, em outras palavras, representam os construtos das variáveis.

Em relação a este quesito tão importante referente à qualidade da pesquisa, foram definidas medidas operacionais adequadas aos conceitos objetivados pelo estudo. As definições dos indicadores e das medidas dos construtos foram:

- Na pesquisa junto aos gestores das especialidades médicas e equipes multiprofissionais – *análise do contexto*:
  - Contexto capacitante à gestão dos protocolos: (a) incentivos à criação, (b) gerenciamento dos relacionamentos, (c) mobilização dos ativistas, (d) ambiente de trabalho, (e) meios de difusão do conhecimento criado;
  - Compartilhamento de idéias integrantes da gestão dos protocolos: (a) conversão do conhecimento tácito em explícito (externalização, socialização do conhecimento), (b) ciência do que é compartilhado (processos e resultados) e quem compartilha;
  - Caracterização de comunidades de prática;
  - Barreiras à gestão dos protocolos (gestão do conhecimento): (a) especificidades da terminologia dos protocolos, (b) legitimação de nova linguagem, (c) tensões *feed forward* ou *feedback*.
  
- Na pesquisa junto aos gestores das especialidades médicas e equipes multiprofissionais, e diretores hospitalares – *análise do processo gerencial estratégico*:
  - Recursos: (a) reconhecimento de desempenho superior, (b) risco de imitação / substituição;
  - Desempenho gerencial através de capacidades gerenciais dinâmicas: (a) reconhecimento de combinação e integração dos recursos alinhados à estratégia;
  - Desempenho gerencial relativo ao conteúdo estratégico do conhecimento criado ou renovado: (a) conteúdo estratégico *know-how*; (b) conteúdo estratégico *know-what*; conteúdo estratégico *know-why*;

- o Negociações com as operadoras dos planos de saúde (gestão de parcerias): grau de compartilhamento de idéias.

Percebe-se que tanto na pesquisa junto aos gestores das especialidades médicas, quanto na pesquisa junto aos diretores hospitalares, os indicadores relacionados aos construtos da *análise do contexto* e do *processo gerencial estratégico* têm um caráter basicamente formativo e não reflexivo. Ou seja, são indicadores que inferem as causas do contexto e do processo estratégico (VIEIRA, 2006). A única exceção são os indicadores que tentam mensurar as conseqüências das negociações realizadas com as operadoras dos planos de saúde (último grupo), portanto, neste caso, os indicadores carregam um caráter reflexivo.

Baseado em Yin (2001), as táticas relacionadas ao teste de validade da validade do construto utilizada pela pesquisa foram basicamente as fontes trianguladas de evidências descritas no capítulo 9.

### **6.5.2 Validade interna**

A validade interna não foi levada em consideração porque o estudo teve caráter predominantemente exploratório e descritivo, não entrando no mérito das relações causais que caracterizam os estudos explanatórios.

### **6.5.3 Validade externa**

A validade externa diz respeito ao fato de conhecer e decidir se as descobertas de um estudo são generalizáveis. Há críticas ao método do estudo de caso quanto às generalizações, pois teria uma base de informações e um tratamento analítico pobre. Entretanto, Yin (2001) defende a generalização se for adequadamente analítica, ou seja, a tentativa de “generalizar um conjunto particular de resultados a alguma teoria mais abrangente”. Todavia, o autor salienta que a generalização não é automática, devendo testar a teoria por meio da replicação de descobertas em outros locais, supondo a ocorrência dos mesmos resultados. Assim, a lógica da validação externa está diretamente relacionada à replicação, e não a de amostragem, havendo, portanto, a necessidade da escolha judiciosa dos casos.

Conforme Vieira (2006), a generalização está ligada à possibilidade de fazer conexões com outras partes não estudadas do caso e também com outros casos, favorecendo que o foco do “o que é” é substituído para “o que pode ser” ou “poderia ser”.

Especificamente em referência ao estudo de caso proposto, uma vez havendo o interesse de generalizar para a maior parte das organizações de saúde, o estudo de múltiplos casos através da pesquisa realizada junto aos gestores líderes dos serviços de cardiologia contemplou basicamente três diferentes estilos de hospitais gerais ou de pronto-socorro:

1. Exclusivamente privado e sem caráter de ensino;
2. Exclusivamente público (SUS) com caráter de ensino;
3. Misto, com internações privadas e SUS, e caráter de ensino.

#### **6.5.4 Credibilidade**

A credibilidade é uma questão relacionada ao valor real dos resultados obtidos. Vieira (2006) argumenta que para garantir a qualidade crível das informações é importante utilizar triangulações de dados, que podem contribuir para a diminuição da influência de vieses do pesquisador no resultado final das análises.

#### **6.5.5 Confiabilidade**

A confiabilidade refere-se à consistência da pesquisa. Para tanto, as questões de pesquisa tais como o tema central, o problema e, se possível, a construção de um modelo conceitual que leve fortemente em consideração o referencial teórico básico devem ser explicitados (VIEIRA, 2006). Isto auxiliaria na compreensão dos pressupostos do autor da pesquisa.

Além disso, para garantir a confiabilidade da pesquisa qualitativa há, ainda, que estabelecer uma conexão entre o construto teórico, o método e os resultados (YIN, 2001).

Em suma, a confiabilidade, através de inferências lógicas baseadas em informações e documentação das ações tomadas para o estudo de casos, serve para que outro pesquisador, seguindo os passos do anterior, chegue a resultados semelhantes.

Baseado em Yin (2001), a tática relacionada ao teste de qualidade “confiabilidade” utilizada pela pesquisa foi a utilização de Protocolo de Pesquisa (Apêndice “A”).

## **6.6 O Plano de Coleta de Informações**

O estudo utilizou várias fontes de informações detalhadas no seguimento deste capítulo em seções e subseções próprias.

Yin (2001) observa que esta técnica agrega maior qualidade à pesquisa através dos processos de triangulação, pois os resultados obtidos serão provenientes das convergências e divergências das várias fontes, favorecendo que o pesquisador se dedique a uma ampla variedade de questões.

Antes da coleta de informações foram estabelecidos os critérios para selecionar as especialidades médicas como detentoras de características semelhantes às comunidades de prática. A elaboração dos critérios contou com a experiência do pesquisador e foi orientada pelos referenciais teóricos.

### **6.6.1 Documentação direta**

Toda a pesquisa qualitativa necessita de informações que, obrigatoriamente, implica no levantamento através de várias fontes, independente dos métodos ou técnicas adotados.

O principal processo cujas informações foram obtidas deu-se por documentação direta através de entrevistas durante o processo de pesquisa de campo. Desta forma as informações foram obtidas por meio de *observações diretas* e *entrevistas*.

A documentação direta deu-se no local onde os fenômenos ocorreram.

### **6.6.2 Documentação indireta**

A documentação indireta aproveita-se de fontes de informações coletados por outras pessoas, podendo se constituir de material já elaborado ou não, dividindo-se em pesquisa documental (ou de fontes primárias) e pesquisa bibliográfica (ou de fontes secundárias) (MARCONI e LAKATOS, 2001).

#### **6.6.2.1 Pesquisa documental**

Os documentos de fonte primária são aqueles considerados de primeira mão, oriundos dos próprios órgãos que realizaram as observações (MARCONI e LAKATOS, 2001).

Como fontes primárias de informações escritas, a pesquisa acessou algumas atas de reuniões, indicadores dos processos assistenciais e planos de ação da especialidade médica observada; enquanto diagramas, algoritmos e fluxogramas dos protocolos médico-assistenciais foram fontes não escritas. Tais documentos não foram anexados à obra para preservar a identidade do hospital e serviço abordados.

#### **6.6.2.2 Pesquisa bibliográfica**

Os documentos de fontes secundárias referem-se ao levantamento de toda a bibliografia já publicada em forma de livros, revistas, artigos avulsos, etc., com a finalidade de colocar o pesquisador em contato direto com aquilo que já foi escrito sobre o assunto, permitindo-lhe reforçar suas análises e manipular suas informações (MARCONI e LAKATOS, 2001).

A pesquisa bibliográfica foi o primeiro passo de toda a pesquisa realizada e embasou na íntegra o referencial teórico descrito no capítulo específico.

### **6.7 As Entrevistas**

Foram realizadas entrevistas do tipo estruturadas e não-estruturadas (abertas).

As entrevistas estruturadas foram utilizadas tão-só para a identificação dos respondentes – informações sobre o perfil dos entrevistados.

As entrevistas não-estruturadas seguiram um roteiro básico previamente definido. Posteriormente as entrevistas sofreram uma análise em profundidade no intuito de absorver, ao máximo, informações consideradas mais expressivas.

Houve entrevistas em que o roteiro foi pouco seguido em vista da vivência diferenciada do respondente. Não se desprezaria determinadas respostas ou outras informações consideradas relevantes, embora não contempladas pelas teorias. A estes casos chamou-se de “categorias ou processos emergentes”.

### **6.8 O Grupo de Foco**



Considerando a possibilidade de elaborar perguntas que definitivamente descrevessem a intenção investigativa em saber sobre o contexto organizacional da gestão do conhecimento, sentiu-se a necessidade de colher informações preliminares a respeito das questões importantes para os respondentes.

A técnica utilizada para a coleta dessas informações preliminares foi o grupo de foco. Conforme Rea e Parker (2000) tal técnica oportuniza que informações de caráter preliminar sejam adequadamente elaboradas no ambiente de grupo onde questões e problemas relevantes ao estudo possam ser debatidos, discutidos e refinados, de forma aberta e construtiva, por pessoas que se presume deterem o conhecimento específico sobre o objeto de pesquisa.

O termo “focalizado” significa que a discussão é limitada e trata de um pequeno número de assuntos fixos, tratados em profundidade e de forma semi-estruturada. Assim, a técnica de grupo de foco se mostra útil na obtenção de informações com a finalidade de auxiliar no desenvolvimento do questionário de investigação e do roteiro de pesquisa antes de sua aplicação.

Portanto, o grupo de foco foi desenvolvido com o intuito de explorar a questão básica de como o contexto hospitalar influenciava o desempenho gerencial na gestão da criação, articulação e difusão do conhecimento através da construção dos protocolos médico-assistenciais.

As fases que constituíram o processo de grupo de foco foram:

- a) **Identificação das principais características dos participantes:** Para Rea e Parker (2000) estes grupos são mais eficazes quando consistem de participantes que possuem características em comum, pois tendem a trocar idéias e opiniões mais livremente do que grupos com divergências prévias. Neste sentido as principais características de identificação utilizadas para a seleção dos participantes foram:

- Ser médico ou enfermeiro.
- Estar executando a função de gerência ou liderança dos serviços médico-assistenciais na especialidade de cardiologia da organização.

b) **Estabelecimento do número apropriado de grupos:** Optou-se pela realização de três grupos de focos no sentido de assegurar-se que não se estava observando um conjunto único de circunstâncias. Assim, os três grupos foram:

- Médicos.
- Enfermeiros
- Médicos e enfermeiros.

c) **Recrutamento dos participantes:** O recrutamento dos participantes dos grupos seguiu as conveniências logísticas dos convidados e do pesquisador, sem, sob hipótese alguma, deixar de seguir os critérios de identificação. Profissionais previamente conhecidos pelo pesquisador e reconhecidos no meio pela competência foram convidados a participar das reuniões. Em vista do caráter do estudo, a seleção dos participantes não seguiu os princípios formais de pesquisas por amostragem.

## 6.9 O Esquema das Fontes de Evidência

O Quadro 8 resume as diferentes fontes de coleta de informações utilizadas relacionados aos estágios da pesquisa.

Fonte de Evidências	Levantamentos relacionados à construção dos Protocolos Médico-Assistenciais	Levantamentos relacionados ao Contexto Organizacional	Levantamentos relacionados ao Processo Gerencial Estratégico
<b>Documentação</b>	Fluxogramas de trabalho, atas de reuniões, relatórios de atividades, manuais técnicos, disponibilidade em meios eletrônicos, meios de divulgação.	Fluxogramas de trabalho, atas de reuniões, relatórios de atividades.	Atas de reuniões, contratos de prestação de serviços após negociações com as operadoras dos planos de saúde.
<b>Entrevistas</b>	Com informantes-chave: gestores da especialidade de cardiologia e outros profissionais integrantes dessa etapa.	Com informantes-chave: gestores da especialidade de cardiologia e outros profissionais integrantes dessa etapa.	Com informantes-chave: gestores da especialidade de cardiologia e outros profissionais integrantes dessa etapa, e diretores

			executivos.
<b>Observações diretas*</b>	Em dois hospitais (A e C).	Em três hospitais (A, C e F).	Em dois hospitais (A e C).
<b>Observação* participante</b>	Em um hospital (A e C).	Em três hospitais (A, C e F).	Em dois hospitais(A e C).

\*Obs.: os hospitais abordados foram identificados através de “letras” no sentido de manter o sigilo das informações, pois não foi obtido termo de consentimento para divulgação em vista do caráter interno estratégico.

**Quadro 8: Fontes de evidência e estágios maiores da pesquisa** (*Fonte: Adaptado de Yin, 2001*).

### 6.10 Elaboração do Protocolo de Pesquisa para o Estudo de Casos Múltiplos

Com o propósito de organizar o processo de coleta das informações e, principalmente aumentar a confiabilidade da pesquisa, elaborou-se um protocolo de pesquisa antes de ser iniciada a pesquisa de campo.

Conforme Yin (2001), um protocolo de pesquisa é mais do que um instrumento, pois contém os procedimentos e as regras, sendo essencial quando o projeto for de casos múltiplos.

Seguindo a orientação de Yin (2001), o protocolo apresentado no Apêndice “A”, contemplou as seguintes partes: (a) uma visão geral do projeto do estudo de caso (objetivos, questões e referencial teórico importante), (b) os procedimentos de campo (agendamentos, escolha das pessoas que serão entrevistadas, etc.), (c) as questões específicas de pesquisa no sentido de manter o respeito à delimitação estabelecida para o estudo e centralizar a coleta de dados, e (d) um plano orientador para analisar as informações coletados (narrativas, informações bibliográficas e outras documentações).

### 6.11 Organização das Informações e Comunicação do Estudo de Casos Múltiplos

Os estudos organizacionais são estudos empíricos dependentes de dados obtidos de comportamentos, percepções, crenças, documentos, etc. Neste sentido, as informações e a maneira como são trabalhados são o elo entre o objetivo de pesquisa e o público-alvo leitor do estudo. Assim, os relatórios de pesquisa são mecanismos importantes de comunicação, que

emitem informações de descrição e análise de um único caso sobre um fenômeno mais geral (Yin, 2001).

Conforme os objetivos do estudo e o referencial teórico, foram definidos duas categorias (dimensões ou temas) centrais de pesquisa que, posteriormente, foram divididas em subcategorias (sub-temas) conforme o grupo de entrevistados. Esta disposição e hierarquização estão expostas no Quadro 9.

<b>Categorias Descritivas (Temas)</b>	<b>Sub-temas</b>
1. Contexto capacitante à gestão estratégica da criação do conhecimento – gestão da construção de protocolos médico-assistenciais	1.1 Facilitadores: criação de contexto capacitante, compartilhamento de idéias e comunidades de prática. 1.2 Barreiras: barreiras e tensões.
2. Processos estratégicos vinculados à gestão da criação do conhecimento	2.1 Recursos 2.2 Capacidades dinâmicas 2.3 Conteúdo estratégico do conhecimento criado

**Quadro 9: Categorias temáticas da pesquisa** (Fonte: Autor da pesquisa)

Com o objetivo de facilitar a análise das informações, inicialmente a maioria das 44 entrevistas foram transcritas e digitadas. A seguir, foram classificadas de acordo com a categorização disposta no Quadro 9, no sentido de agrupá-las por semelhança. Por último, realizou-se uma análise qualitativa de cunho profundo sobre o conteúdo de cada categoria ou subcategoria através de técnicas de redução que extraíssem as idéias principais.

## 6.12 Análise das Informações

**“A análise dos dados consiste em examinar, categorizar, classificar em tabelas ou, do contrário, recombina as evidências tendo em vista proposições iniciais de um estudo”** (YIN, 2001, p. 131).

Das estratégias utilizadas para a análise dos dados em pesquisas cujo método é o do estudo de casos, a mais preferida e utilizada no estudo, foi a das *proposições teóricas* ao invés do simples *desenvolvimento de uma descrição dos casos*.

A justificativa para isto repousa no fato de que os objetivos do estudo se baseiam nas proposições teóricas que, em decorrência, refletem o conjunto de questões da pesquisa, as revisões realizadas na literatura e outras interpretações que porventura possam surgir. Tudo isso dá forma ao plano de coleta de informações.

Quanto às técnicas analíticas dominantes que podem ser utilizadas em estudos de caso – adequação ao padrão, construção da explicação, análise de séries temporais e modelos lógicos de programa -, a primeira, *adequação ao padrão*, foi eleita para esta pesquisa.

Considerando o caráter principalmente exploratório e descritivo da pesquisa,

**“Para a análise do estudo de caso, uma das estratégias mais desejáveis é utilizar a lógica de adequação ao padrão. Essa lógica compara um padrão fundamentalmente empírico com outro de base prognostica (ou com várias outras previsões alternativas)” (YIN, 2001, p. 136).**

Em última análise, o modelo conceitual do estudo de pesquisa descrito no capítulo anterior serviu como o padrão referencial de adequação.

Conforme comentado anteriormente, para dar consistência às variáveis principais ou construtos, a tática utilizada foi a utilização de fontes de evidências que propiciaram linhas trianguladas e convergentes.

Portanto, a análise das informações tentou ao máximo ser fiel aos objetivos do estudo e ao modelo conceitual do estudo. Obviamente à luz do referencial teórico construído.

No entanto, devido à experiência do pesquisador na gestão de departamentos assistenciais e na organização e planejamento de especialidades médicas, várias informações coletadas consideradas importantes, porém não contemplados nas proposições teóricas, foram também descritas e analisadas. Com isto o pesquisador aproveitou para tornar o estudo mais analítico, trazendo à tona questões mais pertinentes ao cotidiano da vida das organizações hospitalares.

O tratamento e a apresentação das informações obtidas são demonstradas por intermédio das transcrições das entrevistas e da construção de quadros ilustrativos.

## 7. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS DA PESQUISA

A gestão estratégica da criação do conhecimento estudada nos hospitais investigados através de projeto de pesquisa de *estudos de casos múltiplos incorporados* utilizou, como fonte de documentação principal, a pesquisa de campo por meio de entrevistas abertas realizadas com *duas unidades de análise*:

- a. Grupo de gestores líderes da especialidade médica de cardiologia, médicos cardiologistas e demais profissionais integrados ao serviço imbuídos da construção de protocolos médico-assistenciais;
- b. Grupo de gestores líderes da especialidade médica de cardiologia e equipes multiprofissionais de produção dos protocolos médico-assistenciais, e diretores executivos do hospital.

Os estudos de caso foram conduzidos conforme a ordem definida nas dimensões e categorias de investigação à luz do referencial teórico que embasa o modelo conceitual de pesquisa. A saber:

- Capacitantes do contexto da criação do conhecimento, incluindo o compartilhamento de idéias e a funcionalidade das comunidades de prática;
- Barreiras do contexto, também observando as tensões e dificuldades da conversão e difusão do conhecimento criado;
- Processo gerencial estratégico das organizações influenciado pelo contexto, com ênfase na capacidade gerencial de integrar e combinar os recursos e no conteúdo estratégico do conhecimento criado.

Neste sentido, este capítulo tem o objetivo de descrever e analisar o plano traçado para a coleta de informações, sejam eles através de documentação direta (observações diretas pelo pesquisador e entrevistas) ou indireta (atas de reuniões, indicadores dos processos assistenciais, planos de ação da especialidade médica observada, diagramas, algoritmos e fluxogramas dos protocolos médico-assistenciais).

### 7.1 Os Aspectos Introdutórios e Gerais

A partir do tema de pesquisa, da sustentação através do referencial teórico e do desenvolvimento do modelo conceitual de investigação, esta dissertação entrevistou profissionais da saúde envolvidos com a gestão da criação do conhecimento através da elaboração de protocolos médico-assistenciais e comprometidos com a direção do hospital.

Durante a trajetória da pesquisa com os profissionais, as entrevistas não estruturadas contendo, tão-só, um roteiro dos tópicos a abordar, proporcionou em decorrência, que o pesquisador tivesse liberdade para operar com perguntas abertas que puderam ser respondidas dentro de uma conversação informal. Com isto, tendo por objetivo explorar mais amplamente as questões, ensejou que os entrevistados permanecessem à vontade, colaborando para respostas detalhadas ao encontro das expectativas do pesquisador.

Apenas lembrando, as categorias descritivas investigadas preocuparam-se basicamente com a percepção dos gestores líderes dos serviços de cardiologia ou gestores líderes dos processos de construção dos protocolos médico-assistenciais em relação ao contexto da gestão da criação do conhecimento - elementos capacitantes, compartilhamentos, barreiras e difusão - e com a ótica desses e dos diretores sobre a influência do contexto sobre os processos gerenciais estratégicos.

As categorias descritivas previamente definidas no capítulo referente à metodologia da pesquisa foram fundamentais não só para direcionar o trabalho, mas também para possibilitar uma análise mais sistematicamente adequada das informações - ponto metodológico importante.

O conjunto de categorias descritivas forneceu uma base inicial de conceitos a partir das quais foi feita a primeira classificação importante das informações. Em alguns casos, notou-se que esta primeira categorização foi expressivamente suficiente, pois a amplitude e a flexibilidade das respostas permitiu abranger boa parte das intenções da pesquisa. Em outras situações, a investigação não fluiu a contento conforme o que fora previamente estabelecido pelo modelo conceitual, exigindo, principalmente, observações de novas características conceituais ou emergentes, um enfoque complementar, ou mesmo a consideração de que não havia informações a serem dadas.

Uma vez especificadas as categorias descritivas que a análise exigiu, procedeu-se ao trabalho de transcrição e recorte das entrevistas. Em cada uma foram destacadas as falas consideradas de maior importância que, posteriormente, foram inseridas em uma ou outra categoria descritiva e pertinente.

Conforme citado em capítulo anterior, os hospitais eleitos para a pesquisa, assim como os profissionais neles envolvidos na gestão da criação do conhecimento, foram determinados

conforme o grau de facilidade do pesquisador ou sempre que este o considerou significativo para o estudo. Não se poupou tempo para tanto, inclusive houve dois deslocamentos para o interior do Estado no sentido de ouvir os profissionais em contextos diferentes daqueles vividos pelos hospitais da capital.

Como são muito variáveis os organogramas dos hospitais em respeito as suas missões, assim como também são variáveis os níveis hierárquicos e suas definições terminológicas, achou-se, neste momento, oportuno conceituar estes níveis hierárquicos gerencias que foram assumidos pelo estudo por terem sido mencionados pelos respondentes:

- Executivos: diretores, superintendentes e presidentes são cargos mais importantes, que formam a alta administração e estão em posição hierárquica superior a toda as demais posições.
- Gerentes: responsáveis pelos departamentos, divisões ou gerências, costumando cuidar da produção, finanças, relacionamento com clientes e recursos humanos.
- Supervisores: responsáveis por grupos formados por funcionários operacionais, responsáveis pelas atividades que fornecem produtos e serviços aos clientes.

Para possibilitar um entendimento adequado do texto que transcreve as entrevistas, também se sentiu a obrigatoriedade em definir alguns termos operacionais utilizados pelos respondentes, principalmente os executivos, quando se reportaram aos aspectos do processo estratégico em relação às operadoras dos planos de saúde:

- Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS: Autarquia sob regime especial vinculada ao Ministério da Saúde, responsável pela normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem assistência suplementar à saúde.
- Auditoria médica: Verificação da observância de procedimentos e de normas previstas ou recomendadas pela legislação, pela relação contratual com os prestadores (hospitais e clínicas) e pela boa prática profissional.



- Autogestão de saúde: Empresa operadora de saúde constituída por funcionários de empresas que buscam administrar a própria assistência médica.
- Compradores de serviços: Instituições da área da saúde públicas ou privadas que requerem a prestação dos serviços a seus beneficiários.
- Função médico-administrativa: Prática ou exercício de ação administrativa realizada por médico.
- Medicina de grupo: Empresa operadora de saúde que provê assistência médica geralmente por meio da administração de planos de saúde.
- Médico-administrador: Profissional com formação técnica no exercício da medicina e que assumiu funções administrativas constantes em empresa de saúde. Maiores considerações são feitas no seguimento.
- Plano de assistência médica: Contrato administrado por empresa de saúde que regula a aquisição de serviços médicos pelo usuário.
- Recursos de desempenho superior: São recursos principalmente físicos, que determinam uma margem de contribuição bruta superior à média dos demais. Por exemplo, no atendimento do infarte agudo do miocárdio, tanto o ácido acetil salicílico (AAS) – a tão falada Aspirina; quanto às drogas extremamente mais sofisticadas em relação à elaboração e mecanismo farmacológico, como os trombolíticos (medicações que desfazem o trombo [coágulo] dentro da coronária e abortam o infarte em curso) – Estreptoquinase e Actilise, estão indicadas na fase aguda caso não haja contra-indicação. Porém, os trombolíticos acarretam para o hospital uma margem de contribuição extremamente elevada, pois o preço de pagamento por parte das operadoras dos planos de saúde é muitas vezes superior a 200 ou 300% do valor do preço ao consumidor (preço de aquisição junto ao fornecedor). São medicações na qual o preparo e a própria administração no paciente merece todo o cuidado. Imagine-se o desperdício de tais medicações caso a equipe assistencial não tiver competência para indicá-las ou usá-las. O raciocínio para a utilização, integração e combinação de certos equipamentos e próteses, tais como “ventiladores micro-processados” das unidades de terapia intensiva ou os “stents” utilizados nos procedimentos para a desobstrução das coronárias respectivamente, seguem o mesmo grau de importância.

- Seguradora de saúde: Empresa do segmento de seguros que também opera na administração dos serviços de assistência médica.
- Unimed: Empresa de cooperativa médica que opera planos de saúde provê serviços médicos através dos prestadores contratados.

Levando-se em consideração que boa parte das entrevistas foi realizada junto a médicos-administradores e, principalmente, o conteúdo significativo dessas no contexto do estudo, achou-se conveniente abordar o escopo de atuação desses profissionais. Yamamoto (2001) compreende que o trabalho a ser desenvolvido por estes profissionais envolve dois tipos de gerência: gerência médica e gerência de atividades médicas. A gerência médica envolve familiaridade com os procedimentos médicos de sua área de especialização, tendo um campo de ação mais específico e estreito. Já a gerência de atividades médicas requer o domínio de um leque maior de instrumentos e técnicas administrativas, bem como o entendimento da contribuição a diferentes áreas para a concretização de objetivos organizacionais. Quanto a isto, Salomon (1996) observa os vários atributos pertinentes à responsabilidade do médico executivo: (1) liderar e fixar padrões de qualidade; (2) avaliar as opções futuras de mudanças no tocante a procedimentos novos e incorporação de novas tecnologias; (3) pensar estrategicamente; (4) planejar; (5) identificar metas para o grupo e setor; (6) criar indicadores e sistemas de avaliação; (7) fixar e zelar por políticas éticas; (8) dedicar atenção às operações diárias; (9) analisar relatórios e seus significados imediatos traçando planos de melhorias ou correções; (10) estimular relacionamentos e efetuar reuniões com freqüência.

Em pesquisa realizada por Yamamoto (2001), o tempo médio de experiência do profissional do médico-administrador que atua em hospital situa-se ao redor de 22 a 25 anos, com um desvio-padrão de 5,9 anos, levando-se em conta os anos de experiência apenas como médico, somados aos anos como médico-administrador. Conforme o mesmo autor, os médicos iniciam a sua migração para carreira de médico-administrador geralmente após 15 a 20 anos de atividade médica exclusiva.

## **7.2 A Técnica de Grupo de Foco**

Conforme manifestado no capítulo referente à metodologia da pesquisa, antes das entrevistas utilizou-se a técnica de *grupo de foco* no sentido de auxiliar a organizar a coleta de informações sobre questões importantes à pesquisa. Nesta etapa preliminar do estudo, questões tais como o contexto favorecedor à gestão da criação do conhecimento, barreiras, compartilhamento, difusão do conhecimento e processo gerencial estratégico, foram debatidos e refinados pelas pessoas convidadas pelo pesquisador conforme intenções previamente estabelecidas.

Os três *grupos de foco* integrados por médicos, enfermeiros e médicos com enfermeiros, ocorreram nos meses de abril e maio de 2006. Houve três reuniões:

- a. Um encontro com três cardiologistas do serviço, sendo um deles o líder (gerente da cardiologia do hospital);
- b. Um encontro com a supervisora de enfermagem do hospital juntamente com a enfermeira do serviço de cardiologia e outra enfermeira que participa do grupo de atendimento aos pacientes cardiopatas;
- c. E um encontro que juntou os dois grupos de profissionais. Ao todo as reuniões duraram aproximadamente 6 horas e indiscutivelmente serviram de auxílio ao roteiro das entrevistas.

Os profissionais que participaram dessas reuniões foram convidados de um único hospital onde participam de atividades relativas à construção dos protocolos médico-assistenciais. Trata-se de um hospital geral e privado, prestador líder em quantidade de serviços médicos na cidade de Porto Alegre (RS) e que possui quase trinta anos de fundação. O serviço de cardiologia deste hospital foi organizado há mais de quatro anos, conta com aproximadamente 30 médicos cardiologistas, já elaborou e aplicou quase dez protocolos médico-assistenciais na área da cardiologia e já participou de vários encontros (congressos, simpósios, etc.) regionais, nacionais e internacionais. Alguns de seus protocolos médico-assistenciais são inclusive recomendados ou servem de referência a outros serviços.

Para o auxílio à construção dos tópicos e perguntas utilizados na condução posterior das entrevistas, houve certa dificuldade no nivelamento conceitual acerca dos temas abordados, principalmente no quesito da fidelidade às teorias constitutivas do modelo conceitual da pesquisa. Duas temáticas que acarretaram certa dificuldade à condução das entrevistas foram observadas: o grande desconhecimento por parte dos entrevistados sobre as

teorias e a tentativa (não proposital) de divergir e trazer outros temas para discussão que, posteriormente durante as entrevistas, voltaram a aparecer e foram considerados como complementares ou emergentes.

### 7.3 A Abrangência do Cenário da Pesquisa

Em oito hospitais do Rio Grande do Sul foi realizada a pesquisa sobre a gestão da criação do conhecimento, totalizando 44 entrevistas com os diferentes profissionais. Seis na cidade de Porto Alegre, um na região da grande Porto Alegre e um na região serrana do estado. O Quadro 10 a seguir, resume as características e o perfil gerencial dos hospitais cujos entrevistados executam suas atividades. Como o conjunto destes hospitais foi escolhido aleatoriamente conforme as facilidades de relacionamento entre o pesquisador e os entrevistados, ele não é uma amostra representativa dos hospitais do estado.

Hospital	Características de participação no mercado	Perfil organizacional e gerencial do Serviço de Cardiologia	Entrevistados
A	Hospital geral e exclusivamente privado; sem caráter de ensino e pesquisa; que não possui serviço de residência médica; tendo mais de 350 leitos de internação	Desenvolveu Missão/Visão; possui Planejamento Assistência, Orçamento, Indicadores e sistema de Avaliação; possui mais de 25 Cardiologistas; totaliza quase 10 Protocolos.	- Diretor Executivo - Diretor Médico - Diretora de Enfermagem - Líder do Serviço de Cardiologia - Três Cardiologistas do Serviço - Enfermeira Supervisora do Serviço - Duas Enfermeiras do Serviço - Fisioterapeuta
B	Hospital geral e público; que atende pacientes SUS e alguma quantidade de convênios; com características marcantes de ensino e pesquisa; com serviço de residência médica; oferecendo mais de 600 leitos de internação.	Desenvolveu Missão/Visão; possui Planejamento da Assistência, Orçamento, Indicadores e Sistema de Avaliação; implementou o BSC como método de gestão; é constituído por quase 40 Cardiologistas; totaliza quase 15 Protocolos.	- Diretor Executivo - Diretor Médico - Líder do Serviço de Cardiologia - Um Cardiologista do Serviço - Uma Enfermeira do Serviço
C	Hospital público de Pronto Socorro; com atendimento basicamente a pacientes SUS; com caráter de ensino e pesquisa; com serviço de residência médica; tendo aproximadamente 100 leitos	Não conta com Planejamento Assistencial; o Orçamento é apenas para custeio e não é utilizado como instrumento de gestão; não lida com indicadores; possui, ao todo, 14 Cardiologistas; os	- Diretor Executivo - Diretor Médico - Líder do Serviço de Cardiologia - Um Cardiologista do Serviço - Uma Enfermeira do

	de internação.	Protocolos estão restritos aos serviços de enfermagem.	Serviço
D	Hospital geral e exclusivamente privado; sem caráter de ensino e pesquisa; que não possui serviço de residência médica; contabilizando aproximadamente 180 leitos de internação.	Desenvolveu Missão/Visão; possui Planejamento Assistência, Orçamento, Indicadores e Sistema de Avaliação; conta com aproximadamente 20 Cardiologistas; totaliza quase 10 Protocolos.	- Diretor Médico - Líder do Serviço de Cardiologia
E	Hospital geral e exclusivamente privado; com caráter de ensino e pesquisa; que possui serviço de residência médica; com mais de 300 leitos de internação.	Desenvolveu Missão/Visão; possui Planejamento Assistência, Orçamento, Indicadores e Sistema de Avaliação; dispõe de aproximadamente 30 Cardiologistas; totaliza quase 15 Protocolos.	- Diretor Executivo - Diretor Médico - Líder do Serviço de Cardiologia - Três Cardiologistas do Serviço - Duas Enfermeiras do Serviço
F	Hospital público de Pronto Socorro da grande Porto Alegre; com atendimento basicamente a pacientes SUS; sem ainda caráter de ensino e pesquisa; com serviço inicial de residência médica; contando com aproximadamente 100 de leitos de internação.	Desenvolveu Missão/Visão; possui Planejamento da Assistência, Orçamento, Indicadores e Sistema de Avaliação; implementou o BSC como método de gestão; conta com 8 Cardiologistas; totaliza quase 15 Protocolos.	- Superintendente - Diretor Médico - Liderança Médica da UTI - Dois Médicos Intensivistas - Uma Enfermeira do Serviço de UTI
G	Hospital geral e privado; com caráter de ensino e pesquisa, que possui serviço de residência médica; com uma oferta de aproximadamente 200 leitos.	Não desenvolveu Missão/Visão; não conta com Planejamento Assistencial; o Orçamento é acessado apenas pela Alta Administração; não trabalha com Indicadores e nem com Sistema de Avaliação; possui aproximadamente 12 Cardiologistas; tem dificuldades em implementar os Protocolos elaborados.	- Diretor Médico - Líder Médica da UTI - Uma enfermeira do Serviço de UTI - Fisioterapeuta
H	Hospital geral e privado, que atende pacientes SUS, convênios e o seu próprio plano de saúde; sem caráter de ensino e pesquisa; que não possui serviço de residência médica; tendo mais de 300 leitos de internação.	Desenvolveu Missão/Visão; possui Planejamento Assistência, Orçamento, Indicadores e Sistema de Avaliação; há 25 Cardiologistas atuantes; totaliza quase 15 Protocolos.	- Diretor Médico - Líder do Serviço de Cardiologia - Enfermeira Supervisora do Serviço

**Quadro 10: Características dos hospitais onde foram realizadas as pesquisas sobre a gestão estratégica da criação do conhecimento** (Fonte: Autor da pesquisa)

Quanto ao número de cardiologistas, foi levado em consideração pelas suas lideranças aqueles que, além de estarem credenciados pelo corpo clínico do hospital, também a participação em alguma atividade organizada pela especialidade, seja ela uma reunião de discussão de caso, uma elaboração de protocolo médico-assistencial ou simplesmente a utilização de protocolos já construídos.

Estes profissionais da cardiologia têm suas especializações: clínicos e emergencistas, cardiopediatras, hemodinamicistas, especialistas em métodos diagnósticos (métodos gráficos, ecocardiografistas, estudos de medicina nuclear e eletrofisiológicos) e cirurgiões cardíacos.

Os protocolos médico-assistenciais da especialidade de cardiologia mais utilizados pelos hospitais são: (a) diagnóstico e tratamento das síndromes coronarianas agudas (só neste rol de doenças há vários protocolos - infarte agudo do miocárdio como ou sem complicações, angina pectoris, anginas instáveis, etc); (b) insuficiência cardíaca congestiva; (c) fibrilação atrial aguda; (d) fibrilação atrial crônica com frequência ventricular alta; (e) pós-operatório de cirurgia cardíaca; (f) valvulopatias aórticas e mitrais; (g) utilização de trombolíticos e medicações anticoagulantes nas doenças coronarianas; (h) urgência e emergência hipertensiva; e (i) edema pulmonar agudo.

A Tabela 1 a seguir, descreve a quantidade dos diferentes profissionais que participaram da pesquisa.

	Diretores	Lideranças médicas	Médicos integrantes do serviço	Demais profissionais integrantes	Total
<b>Quantidade (Q)</b>	14	8	10	12	44 profissionais entrevistados
<b>Percentual (f)</b>	31,82%	18,18%	22,72%	27,27%	100%

**Tabela 1: Categoria dos entrevistados: quantidade e frequência** (Fonte: Autor da pesquisa).

Ao todo, portanto, foram entrevistados 44 profissionais da saúde. Em média cada entrevista durou cerca de 40 a 50 minutos. Com algumas exceções, a média de idade dos diretores executivos e das lideranças médicas situou-se entre 40 e 60 anos. Os demais profissionais entrevistados, tanto médicos quanto enfermeiros e fisioterapeutas, têm uma média de idade inferior a 40 anos.

A pesquisa de campo, através das entrevistas e das observações diretas de documentos, ocorreu nos meses de outubro, novembro e dezembro de 2006.

A Tabela 2 quantifica as diferentes características dos hospitais que participaram da pesquisa.

<b>Características</b>	<b>Quantidade (Q)</b>	<b>Percentual (f)</b>
Geral	6	75%
Específico (Pronto Socorro)	2	25%
Somente Privado	4	50%
Público (somente SUS)	3	37,5%
Misto	4	50%
Orçamento	7	87,5%
Planejamento	6	75%
Ensino e Pesquisa	4	50%
Residência Médica	4	50%
Não conseguiu implementar Protocolos de cardiologia	2	25%
Até 10 Protocolos de cardiologia	2	25%
Mais de 10 Protocolos de cardiologia	4	50%

**Tabela 2: Categorização das características dos hospitais participantes considerando um total de oito hospitais pesquisados (Fonte: Autor da pesquisa)**

Com o propósito de facilitar a compreensão do desenvolvimento da pesquisa, a descrição e análise das entrevistas foi dividida em duas etapas:

1. Etapa exploratória sobre o contexto organizacional;
2. Etapa exploratória sobre o processo gerencial estratégico.

## **7.4 A Etapa Exploratória sobre o Contexto Organizacional**

### **7.4.1 O contexto capacitante para a criação do conhecimento**

Nenhuma das lideranças médicas dos serviços, assim como nenhum dos médicos ou enfermeiros integrantes das equipes, informou que havia algum plano específico oriundo do planejamento da alta administração que incentivasse o desenvolvimento do conhecimento através da construção dos protocolos médico-assistenciais. O incentivo na maioria das vezes

se restringia a um convite informal feito por alguma liderança médica à participação na equipe de construção dos protocolos. Esta é uma consideração importante, pois nenhum dos hospitais pesquisados planejou um projeto de gestão da criação do conhecimento através da construção dos protocolos. O sentimento é o de que havia a necessidade de contar com esta prática. Mesmo porque se trata de um movimento mundial. Quando interrogados a respeito davam-se conta da importância do assunto e demonstravam uma espécie de “vazio”, como se considerassem que a gestão do conhecimento poderia ser planejada.

Lembrando Von Krogh, Ichijo e Nonaka (2001), a importância de projetos com visão futura voltados à gestão do conhecimento, poderia conferir facilidades na constituição de equipes, justificação de conceitos e nivelamento de conhecimentos.

A investigação através de pesquisa documental na busca de documentos escritos em posse dos serviços médicos também foi infrutífera, pois as especialidades médicas pelos menos da cardiologia, não acusaram documentos relativos ao planejamento estratégico dos hospitais foi encontrado.

Observe-se a resposta de uma liderança médica de um hospital exclusivamente privado o qual representou aproximadamente 80% dos pensamentos dos entrevistados:

**Creio que fui convidado a organizar o serviço de cardiologia do hospital pela amizade que tenho com o Diretor Médico. Tenho certeza de que não fui convidado porque reconheceram em mim um perfil de liderança ou de organizador. Na verdade, já tinha ouvido falar em Missão e Visão de uma empresa, no entanto sem que isso me impressionasse. Confesso que aceitei com a fantasia de que, oportunamente, receberia um treinamento em administração para organizar o serviço (...). A idéia era transformar isto em um negócio de cardiologia. (...) Depois de algum tempo fomos fazendo gestão a nossa moda (...) e constitui uma equipe de cardiologistas e convidei alguns enfermeiros a participar das reuniões de protocolos cujo motivo maior era a padronização dos atendimentos. Até o momento não houve nenhum treinamento ou reunião com a direção do hospital no sentido de avaliar o que foi feito. Continuo trabalhando e esperando.**

Já outras duas lideranças médicas, uma de um hospital de ensino e pesquisa (hospital-escola), e outra de um hospital público de pronto socorro sem caráter de ensino e pesquisa, fizeram o seguinte comentário:

**Logo após a constituição do grupo de cardiologistas, foi-nos dado um curso de gestão que ensinou a construir a Missão e a Visão do serviço, assim como trabalhar com indicadores e metas. (...) Durante o curso tive acesso ao planejamento estratégico do hospital (instituição).**



(...) Nos rounds com os residentes sentimos a curiosidade deles sobre o tema e até fazemos alguns comentários. Inclusive, acho que estes conceitos deveriam ser ensinados na graduação.

#### **a. A preocupação em gerenciar conversas**

Em nenhuma entrevista houve demonstração com alguma preocupação em gerenciar conversas entre os participantes das equipes de construção dos protocolos médico-assistenciais com a finalidade de objetivar os assuntos ou criar soluções fora do ambiente de trabalho.

Como as reuniões para tratar da construção dos protocolos eram, na maioria das vezes, em qualquer hospital, pautadas previamente, as pessoas sabiam suas tarefas (pesquisas em sites médicos, elaboração de diagramas, etc.) e as faziam independentes da liderança do serviço.

#### **b. Mobilizando ativistas**

Este foi outro elemento capacitante à criação do conhecimento muito pouco encontrado nas entrevistas ou fontes indiretas de evidência.

É interessante observar o depoimento de uma enfermeira de um hospital privado quando indagada sobre se havia atitudes por parte da liderança no sentido de identificar ativistas:

**Conheço inúmeros colegas que gostariam de participar destas equipes de construção de protocolos (...) gente inteligente que gosta de aprender. Querem uma chance para se engajar a uma causa e participar mais da vida do hospital. Fui convidada porque apresentei ao chefe da cardiologia uma proposta para a enfermagem participar mais dos atendimentos cardiológicos na emergência do hospital. Vi que ele ficou surpreso e ao mesmo tempo incentivou bastante a idéia. Aliás, incentiva muito a que participemos. Fiquei pensando se não era do RH do hospital identificar estas várias pessoas soltas por aí e aproveitá-las em vários projetos desse tipo.**

#### **c. Criação do contexto capacitante**

Conforme Von Krogh, Ichijo e Nonaka (2001) o contexto capacitante é o fator que impulsiona a criação de conhecimento, pois fomenta novos relacionamentos, quebra barreiras departamentais (entre grupos) e cria uma rede de relacionamentos que discute os vários conhecimentos tácitos.

Este quesito do contexto capacitante se aproxima do “gerenciar conversas” e “mobilizar ativistas”, pois tem a ver com os relacionamentos entre as lideranças e seus pares.

Foi especialmente marcante a resposta de uma cardiologista de hospital de ensino e pesquisa que lida com programas de residência médica:

**Acho que o maior capacitante de um contexto para a construção de protocolos médico-assistenciais é a necessidade que nós professores temos de uniformizar a linguagem com os residentes. A linguagem dos protocolos é única (...) faz com que o grupo, que tem formações diferentes, torne-se homogêneo em prol de um ambiente voltado para o ensino. Esta linguagem nos aproxima dos doutorandos e residentes, tornando mais fácil os nossos entendimentos e, portanto, as nossas soluções frente a uma pessoa enferma. Na outra mão, são os próprios residentes e até a enfermagem que auxilia no nosso desenvolvimento, provocando temas inovadores e trazendo formas diferentes de atender que são executadas em outros hospitais.**

O depoimento acima lembra uma observação de Teece, Pisano e Shuen (1997), para os quais os processos de aprendizagem são intrinsecamente sociais e coletivos, ocorrendo não somente através da imitação dos indivíduos ou das relações de professor-aluno ou profissional-aprendiz, mas também porque se formam grupos de trabalho que contribuem para a compreensão de problemas complexos.

Ou seja, “a linguagem que aproxima” é uma forma de quebrar as barreiras relacionais entre os professores do hospital-escola, seus médicos contratados, seus doutorandos, residentes e alunos da graduação. É uma coletividade que socialmente se prepara para enfrentar desafios comuns a todos e não somente a alguns, ou segmentados a alguns. Como se isto fosse uma intenção das mais estratégicas para que um hospital-escola atendesse sua missão de ensino. Na linguagem de Von Krogh, Ichijo e Nonaka (2001), seria a promoção de conversas em grupo para a formação de conceitos, permitindo o compartilhamento de modelos mentais e as habilidades de cada membro, reforçando a conversão do conhecimento tácito em explícito de forma mais consciente daquela através da concepção.

Não se obteve depoimentos com a mesma ênfase em hospitais privados. Há de se refletir se o fato de contar com serviços médicos de residência não seria um fator

determinante de sucesso de contextos capacitantes à criação de conhecimento em organizações hospitalares.

Para uma liderança médica

**O mais importante para tornar o contexto mais propício para construção dos protocolos (criação de conhecimento) é escolher colegas com vontade de crescer profissionalmente dentro da Instituição.**

Embora os depoimentos estimulantes no que concerne a construção de uma linguagem comum, codificada entre os integrantes das equipes, observou-se que nenhum dos diretores entrevistados estivesse sensível no sentido de propor programas voltados a isso – a uma maior interatividade entre os membros das equipes.

Neste sentido Santiago (2004) chama a atenção para o fato de que cabe a alta administração fazer com que a empresa se mova do paradigma do treinamento para o paradigma do aprendizado. Enquanto o primeiro se baseia em programas formais de treinamento voltados tão-só para questões técnicas e funcionais relativas aos cargos; o segundo, além dessa preocupação formal, também utiliza processos informais de captação e discussão de novas idéias, assim como o desenvolvimento de competências associadas às atividades das pessoas, técnicas gerenciais, comportamentais e estratégicas. Este autor cita uma pesquisa realizada pelo Centro de Referência em Inteligência Empresarial onde a adoção e o compartilhamento das melhores práticas foram os itens mais lembrados sobre as iniciativas de gestão do conhecimento. Paralelamente, a “compra” da idéia da gestão da criação do conhecimento ou o comprometimento por parte dos principais executivos foi também considerado fator significativo, pois pode representar a necessidade de mudanças organizacionais e estratégicas.

#### **d. Globalizando o conhecimento**

Sobre este item os entrevistados manifestaram uma preocupação crítica sobre o modo e instrumentos de difusão do conhecimento criado através da construção dos protocolos médico-assistenciais. A maior crítica repousou sobre a tecnologia de informação. Mais de 90% dos profissionais entrevistados se queixaram principalmente de:

- **Dificuldades de relacionamento com os técnicos da tecnologia de informação;**
- **Não haver treinamentos de capacitação para lidar com a tecnologia de informação;**
- **Dificuldades em acessar os diagramas e algoritmos dos protocolos nos terminais de computadores;**
- **Ausência dos protocolos nos meios informatizados;**
- **Falta de atualização dos protocolos sempre que alterações eram realizadas;**
- **Não receberem atas de reuniões onde os protocolos eram discutidos.**

Considerando estas inconformidades, pode-se inferir sobre a existência de grandes dificuldades de difusão do conhecimento criado nos hospitais observados. Apenas em um hospital (hospital-escola de ensino e pesquisa) houve inúmeros elogios à tecnologia da informação como suporte à difusão dos protocolos médico-assistenciais por toda a organização depois de elaborados.

As considerações estratégicas sobre os benefícios e perigos da difusão dos protocolos médico-assistenciais integrantes da gestão da criação do conhecimento são discutidas na seção que trata do processo estratégico das organizações.

O Quadro 11 a seguir descreve resumidamente a essência das respostas dadas pelos entrevistados em relação aos quesitos do contexto capacitante argumentados por Von Krogh, Ichijo e Nonaka (2001).

Contexto Capacitante	Síntese
1. Instilar visão do conhecimento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausência de projetos formais que vinculem (alinhem) as estratégias institucionais às estratégias dos serviços de cardiologia.</li> <li>• <i>Item ausente no contexto capacitante: não há programa de gestão da criação do conhecimento</i></li> </ul>
2. Gerenciar conversas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inexistência de projetos ou de atitudes informais; restrita às reuniões previamente programadas.</li> <li>• <i>Item ausente no contexto capacitante.</i></li> </ul>
3. Mobilizar ativistas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inexistência de projetos; críticas ao RH.</li> <li>• <i>Item praticamente ausente no contexto capacitante.</i></li> </ul>
4. Criar contexto adequado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A uniformização da linguagem através da construção dos protocolos médico-assistenciais foi considerada o elemento mais significativo da criação de um contexto adequado à geração de conhecimento.</li> <li>• <i>Item presente no contexto capacitante principalmente nos hospitais-escola (ensino e pesquisa).</i></li> </ul>
5. Globalizar conhecimento (difusão)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inúmeras dificuldades relacionadas à tecnologia de informação.</li> <li>• <i>Item presente no contexto capacitante, porém com muitas ressalvas de ordem</i></li> </ul>

**Quadro 11: Síntese das respostas relativas às entrevistas sobre o contexto capacitante**

(Fonte: Autor da pesquisa)

Convém salientar que nenhum dos quesitos sofreu algum tipo de projeto por parte da alta administração. Poder-se-ia complementar dizendo nas palavras dos entrevistados, que as “coisas acontecem porque, de alguma forma, deveriam acontecer”, a revelia de qualquer prática programável, mas a partir do bom senso das pessoas.

**7.4.2 O compartilhamento de idéias**

O sentimento de todos os entrevistados, evidenciado de maneira direta, foi de que a promoção da criação do conhecimento, através da construção dos protocolos médico-assistenciais, é um processo de aprimoramento da organização onde se sobressai, por um lado, o trabalho organizacional da gestão e por outro lado o trabalho em grupo.

Pessoas de diferentes áreas e com diferentes formações profissionais congregam-se para debater e solucionar questões na expectativa de que, ao compartilhar suas vivências e perspectivas, lograrão desenvolver uma abordagem que individualmente não seria possível. Com esse enfoque, o gerente da criação do conhecimento com a função da liderança dos serviços médicos, deve assumir o papel de fomentar o esforço coletivo, criar coesão moral e participar da solução dos conflitos entre os membros. Assim, a formação de equipes de trabalho é a etapa inicial do processo de trabalho compartilhado.

Deste ponto de vista, o compartilhamento de idéias caracterizado principalmente pelo entendimento mútuo dos processos de trabalho e dos objetivos a serem alcançados, manifestou-se de várias maneiras. Ao serem interrogados sobre o que seria o “compartilhar” nas equipes de trabalho com o propósito da construção dos protocolos médico-assistenciais, pelo menos uma de três tipos de respostas foram dadas: (1) comprometimento do grupo com metas comuns; (2) aprendizagem sobre competências, habilidades e conhecimentos, que fosse auxiliada por uma estrutura de comunicação entre os membros e promovesse a comunhão de informações; e (3) senso de prestação de contas interno ao grupo.

Sobre a primeira, destaca-se parte do que respondeu um gestor líder em relação ao que seria, na sua ótica, o “compartilhar” para o grupo:

**O grupo sente-se comprometido com um objetivo ou resultado, como se isso fosse uma “cola” entre eles (...) espécie de aderência entre eles é a motivação que faz com que dêem a sua contribuição. Sentem-se obrigados a dizer alguma coisa nas reuniões ou a fazer algo que retratem a sua participação no grupo (...) muitas vezes tem pouco a acrescentarem, mas só pelo fato de sentirem-se incluídos, presentes de alguma forma, é o suficiente para o comprometimento e, portanto, compartilhar algo. Como se “esse algo” não fosse alcançado caso não estivessem participando.**

O segundo tipo de resposta está relacionado à aprendizagem de novos conhecimentos através de processos de difusão do conhecimento. Entretanto, esta difusão seria dependente de um processo de comunicação eficaz, sem o qual não seria possível o “compartilhar”. Daí porque, boa parte das respostas cujas questões buscavam saber sobre a infra-estrutura da tecnologia da informação como elemento facilitador do contexto, ter ligado-o à questão do “compartilhar”. Veja-se o que foi dito por um médico cardiologista integrante de equipe de construção de protocolos médico-assistenciais de hospital público de pronto socorro, quando interrogado sobre como era o “compartilhamento de idéias” do seu grupo de trabalho:

**Compartilhar significa ter acesso fácil às informações que necessitamos para, em conjunto, analisarmos e assumi-las para o grupo. Além disso, estas informações devem ficar disponíveis para todos (...) para que todos possam utilizá-las quando necessário. Há pouco passamos pelo processo de certificação hospitalar da ONA\*. Nos preparamos para evidenciar que, além de termos os protocolos, todas as pessoas sabiam onde encontrá-los caso necessitassem consultar. Ou seja, sem uma boa tecnologia da informação fica difícil dizer que as pessoas compartilham ou usam (...) o que no nosso caso seriam as informações contidas nos protocolos.**

Por fim, em relação ao terceiro tipo de resposta sobre “o que seria o compartilhar idéias”, pareceu ser uma extensão da primeira. Caso deva haver um comprometimento mútuo com metas, nada mais lógico do que o grupo se “auto-cobrar” atitudes. Ilustra-se a seguir com um depoimento dado por um médico cardiologista integrante de equipe de construção de protocolos médico-assistenciais de hospital privado:

**Como cada integrante do grupo tem um papel (pesquisa, criação de fluxograma, distribuição de material para debate, etc.), emerge um sentimento de compromisso entre todos (...) como se fosse um compartilhamento de responsabilidades. Isto faz com que nos vejamos como partes integrantes de uma engrenagem na qual nos interdependemos. (...) a atuação individual leva ao aperfeiçoamento do coletivo. (...) isto faz com que nos cobremos. Mas isto também funciona**

**como uma maneira de nos ajudarmos para que os objetivos sejam alcançados.**

Entretanto, especificamente em relação aos níveis grupal e organizacional dos processos de integração e institucionalização da aprendizagem organizacional abordados por Crossan, Lane e White (1999), foi significativamente marcante o que praticamente todos os entrevistados gestores líderes de serviços de cardiologia e demais profissionais comentaram quando interrogados sobre “como era trabalhar em equipe cujos integrantes possuíam diferentes formações técnicas”. Percebeu-se o sentimento de compreensões compartilhadas entre os integrantes da equipe. Uma supervisora enfermeira e uma fisioterapeuta, integrantes das equipes de construção dos protocolos médico-assistenciais comentaram:

**Trabalhar na construção de protocolos junto aos médicos é uma oportunidade ímpar de estabelecermos uma única linguagem (...) que favorece nosso relacionamento com eles (...) facilitando a comunicação. Crescemos muito com isto, com esta chance de enriquecermos nosso conhecimento com pessoas que detém o domínio do diagnóstico e do tratamento (...) nos sentimos incluídas nos processos de atendimento (...) é muito bacana as nossas atitudes assistenciais serem citadas nas reuniões científicas que todo o grupo faz. Sabemos que são os médicos que lideram os processos (...) isto é até uma questão legal. A mesma linguagem falada por todos os enfermeiros se “difunde” até o nível dos técnicos de enfermagem, tornando o trabalho mais fácil de controlar.**

Praticamente todos os doze profissionais não médicos entrevistados utilizaram a expressão “linguagem comum ou única” para tentar explicar o compartilhamento.

A recíproca por parte dos médicos membros dos serviços de cardiologia é a mesma.

**Os protocolos médico-assistenciais nos aproximam dos demais profissionais e os atendimentos se dão com maior qualidade e tranquilidade. Quando não estou no hospital e ocorre alguma intercorrência com algum paciente meu sei que a equipe saberá dar o atendimento que foi combinado durante a construção dos protocolos. Trabalho em locais onde não há protocolos e sinto uma grande insegurança. Fico ligando a toda hora até pode ir até o local.**

Para Teece, Pisano e Shuen (1997), os processos de aprendizagem são intrinsicamente sociais e coletivos, ocorrendo não somente através da imitação dos indivíduos ou das relações

de professor-aluno ou profissional-aprendiz, mas também porque se formam grupos de trabalho que contribuem para a compreensão de problemas complexos.

Estas observações dos profissionais sobre o conforto em trabalhar em equipes multidisciplinares são muito interessantes e surpreendem a própria literatura. Por exemplo, Albrecht (1992, p. 74) comenta que **‘às vezes, os valores, as tradições, as crenças e até a formação profissional de certos tipos de pessoas impedem que sejam adotadas atitudes e comportamentos voltados para a qualidade do serviço’**. Ainda observa potencial dificuldade em trabalharem em conjunto embora tendo objetivos comuns:

**“Certas pessoas que têm sido intensamente preparadas para algumas profissões têm dificuldades em ver a si próprias como servindo a outros indivíduos (...). Isto pode incluir médicos, enfermeiras e profissionais da área da saúde, assistentes sociais, psicólogos, advogados, policiais e educadores”** (ALBRECHT, 1992, p. 76).

A conversão do conhecimento tácito para explícito no sentido de torná-lo externalizado (NONAKA e TAKEUCHI, 1997) sofreu críticas por parte dos médicos entrevistados. A mais significativa observação feita ao modelo de espiral de conversão do conhecimento foi que ele não serve para qualquer construção de protocolo.

**A simples conversão de um conhecimento tácito para explícito cabe bem nos protocolos clínicos, onde o processo de decisão apenas repousa em uma seqüência lógica de exames e procedimentos que não dependem de habilidade manual. O mesmo não acontece, por exemplo, com uma cirurgia na qual a habilidade manual de um cirurgião pode ser dificilmente transmitida aos demais membros. Em contrapartida, um infarte do miocárdio pode ser diagnosticado e tratado por vários cardiologistas de acordo com o protocolo consensado. Em suma, construir protocolos exclusivamente cirúrgicos é mais complicado.**

Entretanto, se há um bom compartilhamento de idéias no campo dos processos de trabalho a ponto de criar uma única linguagem entre os diferentes profissionais, o mesmo não ocorre entre os hospitais e as operadoras dos planos de saúde – o que seria os quadrantes III e IV do modelo de compartilhamento organizacional de Ulrich e Lake (1990). Note-se o depoimento de um diretor de hospital privado que representa o sentimento geral dos demais diretores entrevistados a respeito do compartilhar processos e objetivos com as operadoras e demais interessados:



Sei que os protocolos definem os padrões de atendimento e conferem mais segurança aos pacientes (...) sendo este um enfoque assistencial. Todavia, como diretor, fico triste (frustrado) porque os protocolos poderiam servir para novos modelos de negociação (...). Afinal, são os protocolos que encerram os recursos que devem ser consumidos e obtemos resultados a partir disso. Não era então de negociarmos a utilização de protocolos? Mas as operadoras só pensam em uma contenção absurda de custos que nos obriga a fazer investimentos incompletos. Ficamos sem poder repassar a elas parte do custo da qualidade assistencial.

### 7.4.3 As comunidades de prática

Conforme as observações feitas no capítulo do referencial teórico, as comunidades de prática são vistas por alguns autores como elementos críticos para o compartilhamento de idéias e criação de um contexto capacitante à gestão da criação do conhecimento organizacional. Assim, considera-se nesta pesquisa que comunidades de prática, compartilhamento de idéias e criação de contexto facilitador, definem uma estrutura determinante de sucesso para que o conhecimento se torne uma linguagem legitimada, articulável e difusível pela organização.

Após explicar aos entrevistados o significado do que são comunidades de prática, a pergunta de pesquisa foi ampla, questionando se os serviços médicos organizados acoplados às equipes de construção dos protocolos seriam representantes genuínos das comunidades de prática. Ou enfim, que semelhanças, particularidades e diferenças poderiam ser apontadas.

A seguir, de acordo com os respondentes **gestores líderes** dos serviços de cardiologia e de construção dos protocolos médico-assistenciais, são descritos os comentários separados em quatro considerações orientadas pelo referencial teórico:

#### 1. Sobre as relações estabelecidas entre os serviços médicos e equipes multiprofissionais, e os hospitais representados pelos diretores:

O Quadro 12 a seguir descreve o que foi apurado de mais significativo durante as entrevistas sobre as relações entre os serviços médicos e as equipes multiprofissionais, e os hospitais pesquisados:

Tipos de relações	Comentários
Não reconhecida pela organização.	<ul style="list-style-type: none"><li>A existência de grupos organizados em serviços médicos e equipes de construção de protocolos médico-assistenciais, não só é reconhecida como estimulada, na opinião de</li></ul>

	<p>mais de 2/3 dos respondentes;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entretanto, este reconhecimento não é feito de forma especialmente formal. Ou seja, por exemplo, através de reuniões sistemáticas com todo o hospital e membros da direção.</li> </ul>
Legitimada pela organização.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A legitimação perante os demais membros do corpo clínico e colaboradores dá-se, tão-só, como sendo apenas mais uma organização de serviço especializado.</li> </ul>
Estratégica.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Na visão dos líderes médicos a importância estratégica se fazia presente apenas nos hospitais de ensino e pesquisa, visto a necessidade de unificar a linguagem com os alunos, doutorandos e residentes;</li> <li>• Os demais líderes de outros hospitais não sentiam um significado estratégico.</li> </ul>
Transformativa.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Responderam que à medida que se desenvolvessem mais como grupo de trabalho e mostrassem resultados, seria possível participarem de transformações relacionais com a alta administração;</li> <li>• Entretanto, praticamente todos fizeram a ressalva de que para isto seria fundamental que a alta administração lhes transmitisse os objetivos estratégicos para que estivessem alinhados com a organização.</li> </ul>

**Quadro 12: Avaliação das relações estabelecidas entre os serviços médicos e equipes multiprofissionais, e os hospitais (baseado em Wenger, 1998) (Fonte:**

Autor da pesquisa).

Do exposto no Quadro acima, é perceptível que o nível de relação entre os serviços de cardiologia e as equipes multiprofissionais de construção de protocolos médico-assistenciais, e as organizações hospitalares pesquisadas é ainda bastante formal. Isto poderia ser explicado através da inferência de que a ausência de legitimação dos serviços como comunidades reais de prática estabeleçam relações apenas tradicionais, como sempre houve. Talvez também em parte devido ao fato de que administradores e médicos historicamente estabelecem relações apenas profissionais e muitas vezes conflitantes pela famigerada escassez dos recursos assistenciais paralela a uma inflação assistencial bem superior aos demais segmentos da economia.

**2. Sobre as funções de criação, acumulação e difusão do conhecimento pelos serviços médicos e equipes multiprofissionais (baseado em Wenger, 1998):**

O Quadro 13 a seguir descreve o que foi apurado de mais significativo sobre as funções de criação, acumulação e difusão do conhecimento pelos serviços médicos e equipes multiprofissionais.

<b>Funções</b>	<b>Comentários</b>
Núcleos de interpretação e disponibilização das informações.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Os serviços médicos juntamente às equipes de construção dos protocolos médico-assistenciais executam (ou tentam) tais funções exatamente como se fossem comunidades de prática características.</li> </ul>
Canais de informações relevantes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Os serviços médicos juntamente às equipes de construção dos protocolos médico-assistenciais funcionam exatamente como veículos de difusão dos conhecimentos e melhores práticas.</li> </ul>
Repositórios de conhecimento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Funcionam tal qual comunidades de prática.</li> </ul>
Desenvolvem novas competências essenciais.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Uma vez que criam novos conhecimentos, procedimentos e práticas, criam novas soluções.</li> </ul>

**Quadro 13: Funções dos serviços médicos e equipes multiprofissionais (baseado em Wenger, 1998) (Fonte: Autor da pesquisa).**

Quanto às funções dos serviços de cardiologia em conjunto com os membros destacados para a elaboração dos protocolos, ficou evidente a grande semelhança com o funcionamento das comunidades de prática nos hospitais pesquisados.

**3. Sobre “como nutrir” os serviços médicos e equipes multiprofissionais (baseado em Wenger, 1998):**

O Quadro 14 descreve a “dieta nutricional” das comunidades de prática conforme Wenger (1998) e tece alguns comentários.

<b>“Aspectos nutricionais”</b>	<b>Comentários</b>
--------------------------------	--------------------

Participação legitimada na vida da organização.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conforme comentado no 1º Quadro desta seção, até o momento não existe formalmente a legitimação (ou estimulação) a que os serviços e equipes de construção dos protocolos se desenvolvam segundo o modelo de comunidades de prática.</li> </ul>
Utilização em contextos estratégicos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não está claro para os gestores líderes entrevistados a vinculação dos novos conhecimentos às estratégias de negócio, exceto nos hospitais-escola conforme comentários anteriores sobre os fatores capacitantes do contexto.</li> </ul>
Infra-estrutura.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Os serviços médicos como um todo possuem, na maioria dos hospitais pesquisados, salas próprias para administrar seus negócios, espaços de reuniões, ambulatórios, acomodações (leitos preferenciais) para internarem seus pacientes, computadores, secretaria própria e até enfermeiros somente desses serviços.</li> </ul>

**Quadro 14: “Nutrição” dos serviços médicos e equipes multiprofissionais (baseado em Wenger, 1998) (Fonte: Autor da pesquisa).**

Parece que existem bons elementos “nutricionais”. O que falta é desenvolver e estimular o conceito de comunidades de prática e, principalmente, uma participação efetiva no contexto estratégico da organização. Neste momento é mais uma vez lembrada a falta de comunicação entre alta administração e serviços médicos.

**4. Sobre as nove variáveis comuns aos projetos de gestão do conhecimento considerados bem-sucedidos em empresas que desenvolveram comunidades de prática (DAVENPORT e PRUSAK, 1998):**

O Quadro 15 a seguir descreve o que foi apurado sobre a questão proposta:

Variáveis	Comentários
1. Cultura orientada ao conhecimento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existente plenamente.</li> </ul>
2. Infra-estrutura.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existente conforme comentário no Quadro anterior.</li> </ul>
3. Apoio da alta gerência.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inexistente de ordem formal.</li> </ul>
4. Vinculação ao valor econômico.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inexistente (falta de tradução e alinhamento das estratégias).</li> </ul>
5. Orientação para processos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existente plenamente.</li> </ul>

6. Clareza de visão e linguagem.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existente, no sentido de que toda a construção de protocolos médico-assistenciais tem objetivos e metas bem definidos.</li> </ul>
7. Elementos motivadores não triviais.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inexistente.</li> </ul>
8. Algum nível de estrutura de conhecimento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existente plenamente.</li> </ul>
9. Múltiplos canais para a transferência do conhecimento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existente, porém de efetividade muito criticada.</li> </ul>

**Quadro 15: Variáveis de sucesso das comunidades de prática (DAVENPORT e PRUSAK, 1998) e os resultados da pesquisa (Fonte: Autor da pesquisa).**

Considerando o Quadro 15, pode-se inferir que os hospitais pesquisados encontram-se aquém do necessário para implementar projetos de gestão do conhecimento.

De forma global, porém, é possível inferir que os serviços organizados de cardiologia em conjunto com outros profissionais constituintes das equipes de construção dos protocolos médico-assistenciais estão bem próximos de se caracterizarem como comunidades de prática. Inclusive, pode-se dizer que são “a versão hospitalar das comunidades de prática”. Basta um maior reconhecimento e estímulo por parte dos hospitais pesquisados tais como: fomentar encontros informais, gratificar de modo peculiar, criar espaços para as comunidades de prática e não somente aos serviços médicos organizados.

Entretanto, a essência das comunidades de prática já existe nas equipes hospitalares que trabalham a questão protocolos médico-assistenciais. Afinal, constroem novas competências, auxiliam na difusão dos novos conhecimentos criados, desenvolvem uma identificação profissional de grupo, comprometem-se (principalmente nos hospitais-escola) com resultados e pode-se perceber que tem “paixão” pela participação (principalmente os profissionais de enfermagem).

#### **7.4.4 As barreiras do contexto organizacional**

##### **7.4.4.1 As barreiras do contexto organizacional à gestão da criação do conhecimento de Von Krogh, Ichino e Nonaka**

###### **a. A necessidade de legitimação da linguagem**

Conforme o referencial teórico, para que efetivamente ocorra um correspondente compartilhamento de idéias, faz-se necessário que as pessoas ou os diferentes profissionais

comunguem uma mesma linguagem, que lhes confira uma identidade diferencial e própria – uma codificação. Caso isto não seja possível ou concretizável, ocorrerá um distanciamento entre os profissionais, resultando em um não compartilhamento de idéias – processos e objetivos. Assim, o revés enseja pensar que, em não havendo circunstâncias que determinem barreiras à unificação da linguagem, o compartilhar se torna provável. Como se a unificação da linguagem fosse um *meio* e o compartilhamento um *resultado final* a ser alcançado.

Durante as entrevistas com os profissionais gestores líderes, médicos cardiologistas, e demais profissionais, ficou evidente que a construção dos protocolos médico-assistenciais era uma grande chance para todos (talvez a única ou a mais contundente) de nivelar conceitos, processos e objetivos, ou seja, uniformizar a linguagem entre eles. Então, mesmo que houvesse a barreira das diferenças de formação profissional, essas deveriam ser obrigatoriamente ultrapassadas.

A sensação durante as entrevistas foi a de que a necessidade de legitimação de linguagem não era encarada como um obstáculo. Ao contrário, era vista como um desafio nada difícil de enfrentar para proporcionar grande sucesso.

Os médicos observavam a legitimação da linguagem (aquisição de novos conhecimentos) como um instrumento de crescimento e promoção dos enfermeiros. Em contrapartida, estes a entendiam como uma oportunidade de crescimento pessoal. Visto deste modo, a necessidade de legitimação da linguagem em nenhum momento se mostrou um problema ou uma barreira. Claro que esforços eram feitos no sentido de não permitir que isso ocorresse: os enfermeiros se preparavam estudando o material que era divulgado previamente (seminários); assessoravam-se dos colegas médicos fora das reuniões, em conversas informais, quando havia dúvidas; e mesmo em outros hospitais as dúvidas eram discutidas com outros profissionais. A seguir, três depoimentos de diferentes enfermeiras:

**Nos enfermeiros temos a chance de melhor compreender a fisiopatologia dos pacientes durante as reuniões de construção dos protocolos médico-assistenciais (...) aprendemos um monte (...) estas coisas não são ensinadas no curso de graduação de enfermagem, visto que lá o enfoque é o do cuidado com o paciente, enquanto o enfoque médico é o do diagnóstico e tratamento da doença.**

**Através dos protocolos passei a entender o porquê tenho que seguir determinadas prescrições médicas. Antes fazia porque é a minha profissão.**

**É como se os protocolos dessem “alma” ao que estou executando.**

Tanto os gestores líderes quanto os médicos cardiologistas não manifestaram qualquer dificuldade observada com o nivelamento conceitual. Inclusive, vale citar o depoimento feito por uma cardiologista médica do serviço de cardiologia de um hospital-escola:

**Agora, com este movimento de construir protocolos junto com a enfermagem, elas estão se achando “médicas” e querem questionar atitudes nossas o tempo todo. Acho tudo isto muito válido, mas vai ter que ter um limite.**

## **b. As histórias organizacionais**

Este foi um tema que se mostrou interessante. Pude, como observador participante, observar alguns colegas que assim que começavam a frequentar as reuniões de discussão e elaboração dos protocolos médico-assistenciais, mostravam-se céticos quanto ao novo conhecimento criado, uma vez que até então, praticavam uma medicina mais empírica, baseada na experiência própria de cada um e não necessariamente em acordo com as recomendações científicas. A argumentação era a de que muitos pacientes tinham se saído bem através dessa prática e, portanto, poucas coisas deveriam ser alteradas. Eram, até então, as histórias de sucesso (claro que os insucessos não eram comentados...).

Entretanto, na medida em que os protocolos médico-assistenciais foram sendo construídos, incorporando novas tecnologias e sendo aplicados, novas histórias de sucesso passaram a ocorrer. Agora, outros atores também participavam desse sucesso, o que fazia com que as histórias fossem percebidas por mais pessoas da organização.

Então, as novas histórias de sucesso remeteram ao passado as histórias anteriores, mas é lógico que em um primeiro momento funcionaram como uma espécie de obstáculo.

Indagado a respeito um médico cardiologista comentou:

**As histórias de sucesso do passado são do passado (...) os pesquisadores não ficam dormindo nos laboratórios de pesquisa, novos conhecimentos são descobertos a todo momento e é estratégico que estejamos na ponta (...) o que sepulta de vez essas histórias de sucesso empíricas é o fato de levarmos as novas experiências aos congressos de cardiologia, ratificando, de vez, as novas formas de diagnosticar e tratar as patologias.**

### **c. O problema dos procedimentos**

Esta questão fez parte da barreira anterior (histórias de sucesso), pois as histórias são relativas aos atendimentos prestados e estes se fazem através de procedimentos clínicos ou cirúrgicos. As respostas e as percepções do pesquisador (muitas vezes observador participante) foram as mesmas conforme comentado anteriormente.

### **d. O problema dos paradigmas**

Este foi outro tópico interessante. Ao comentar com os entrevistados que aqui paradigmas se referiam aos objetivos, métodos e metas definidos pela organização (referencial teórico), os respondentes se limitaram a dizer que não sabiam como responder, pois desconheciam o que teria sido determinado pela organização. Este sentimento dos entrevistados veio ao encontro da questão observada sobre a queixa que tinham em relação ao fato de não conhecerem o planejamento estratégico do hospital – o não instilamento da visão do conhecimento. Lembrando que apenas em dois hospitais, um de ensino e pesquisa e outro exclusivamente privado, os gestores líderes tinham acesso ao planejamento estratégico através de cursos de gestão.

Portanto, a pesquisa não apurou o problema dos paradigmas como sendo uma barreira do contexto, visto que tais paradigmas relativos aos objetivos, métodos e metas não eram conhecidos.

Dos quatorze diretores entrevistados, seis (42,8%) comentaram que o planejamento estratégico do hospital foi apresentado formalmente para o corpo clínico e demais colaboradores. Como houve uma divergência de respostas entre os gestores líderes e os diretores quanto à divulgação do planejamento estratégico, é possível que os entrevistados não estivessem presentes à apresentação ou que esta não tenha sido efetiva em seus propósitos.

O Quadro 16 abaixo descreve de forma sucinta as respostas obtidas por parte dos entrevistados em relação às barreiras do contexto organizacional indicadas por Von Krogh, Ichijo e Nonaka (2001).

Barreiras e Tensões	Síntese
---------------------	---------



1. A necessidade de linguagem legitimada.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não se apresentou como uma barreira, pelo contrário, mostrou-se uma ferramenta importante de capacitação do contexto.</li> <li>• <i>Item ausente, inclusive visto como elemento capacitante do contexto(criação do contexto adequado) e não como uma barreira.</i></li> </ul>
2. As histórias de sucesso.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inicialmente mostrou-se como obstáculo, mas sendo logo superado.</li> <li>• <i>Item pouco expressivo como barreira, desde que bem trabalhado pelas lideranças.</i></li> </ul>
3. O problema dos procedimentos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mesma consideração anterior.</li> <li>• <i>Item pouco expressivo como barreira, desde que bem trabalhado pelas lideranças.</i></li> </ul>
4. O problema dos paradigmas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não pode ser considerado uma barreira pois os entrevistados desconheciam os paradigmas vigentes.</li> <li>• <i>Item não considerado como barreira, devido ao fato da pouca comunicação (transmissão e alinhamento) do planejamento estratégico da organização para como o corpo clínico.</i></li> </ul>

**Quadro 16: Síntese das respostas relativas às entrevistas sobre as barreiras do contexto** (Fonte: Autor da pesquisa).

#### 7.4.4.2 As tensões de aprendizagem de Crossan, Lane e White

As tensões levantadas por Crossan, Lane e White (1999) são geradas pelo conflito que se origina entre a decisão de assimilar novos aprendizados (*feed forward learning*), ou utilizar os conhecimentos já existentes, porém de forma renovada (*feedback learning*).

Conforme já comentado, é evidente que a construção de protocolos médico-assistenciais (novos conhecimentos e incorporação de novas tecnologias) pode se conflitar com a utilização de conhecimentos já enraizados na cultura médica da organização. Inclusive, a própria renovação dos protocolos que ocorre sistematicamente conforme os avanços diagnósticos e terapêuticos, também pode somar-se ao conflito. Esta questão foi colocada aos entrevistados, principalmente aos gestores líderes. O receio pelas tensões não seria pela constante renovação das formas diagnósticas e terapêuticas, mas por inabilidades dos sistemas de informatização.

Nos hospitais-escola a resposta foi a seguinte:

**Não podemos ver nisto um problema, pois os hospitais de ensino e pesquisa comprometidos e responsáveis por programas de residência médica na verdade vivem deste tipo de ocorrência, pois são obrigados a sempre disponibilizarem aos alunos, doutorandos e residentes, o que de mais atualizado há na literatura médica. Pelo contrário: isto é um estímulo positivo as nossas atividades de docente. Então convivemos freqüentemente com esta condição. Por exemplo, a primeira preocupação dos residentes quando vão para o estágio na emergência do hospital é saber quais mudanças já houve nos protocolos. Eles já esperam por isso. Ficam extremamente angustiados quando não tem acesso aos novos procedimentos. Isto pode resultar em um mau atendimento. (...)** Paralelamente, a chefia do serviço ou departamento deve contar com meios de comunicação efetivos para constantemente atualizar os procedimentos. Diagramas e algoritmos fixados em murais e disponíveis por meio eletrônico na forma informatizada são os meios mais utilizados. Hoje, livros e até manuais ficam desatualizados em pouco tempo. Entretanto, se não tivermos um bom meio de comunicação ou uma boa tecnologia da informação os novos conhecimentos não se difundem e não atendemos a nossa missão.

Já os gestores líderes dos hospitais privados mostraram-se mais preocupados. Não exatamente com o fato de que o conhecimento através dos protocolos médico-assistenciais está em constante renovação, mas com a difusão destes novos conhecimentos a todo o grupo de médicos.

**Com alguma dificuldade, através de reuniões sistemáticas, boletins e a intranet do hospital, conseguimos divulgar os novos protocolos ou as alterações que ocorrem. Não sei como é em outros hospitais, mas aqui temos grandes problemas em contar com o pessoal da tecnologia de informação. Há tempos a direção promete investir pesado em um novo sistema informatizado.**

#### **7.4.4.3 As potenciais dificuldades da externalização e da internalização da conversão do conhecimento segundo Nonaka e Takeuchi**

A externalização é um processo de articulação (difusão, transmissão) do conhecimento pela organização, promovendo-o de tácito (pessoal) para explícito (aproveitamento pelo todo).

A internalização é a incorporação do conhecimento explícito pelo conhecimento tácito, individualizado, que diz respeito ao processo relacionado ao “aprender fazendo”. Parte de um conhecimento geral consensado por todo e vai ao encontro das necessidades específicas de cada um. O processo de internalização do conhecimento, para que o conhecimento se converta

de explícito em tácito, é necessário o desenvolvimento de documentos, manuais, diagramas, formas enfim que transmitam esse conhecimento pela organização.

Estas conversões são fatores críticos de sucesso para a gestão do conhecimento como um todo.

Quando solicitados a abordarem esse tema, praticamente todos os gestores líderes concordaram que esta é uma das funções da equipe de construção dos protocolos médico-assistenciais e que não haveria maiores dificuldades na sua execução. Entretanto fizeram a ressalva de que isto é válido e provável principalmente aos protocolos clínicos, quando um conhecimento tácito pode perfeitamente ser aprendido pelos demais. Já os protocolos cirúrgicos, no momento em que prevalece a habilidade cirúrgica (manual) do médico, a conversão deste conhecimento para explícito necessita de muito treinamento e mesmo assim pode não ser alcançado.

**Vários conhecimentos tácitos embasados em recomendações científicas e em experiências pessoais são reunidos em um consenso que é a elaboração do protocolo. Ou seja, vários conhecimentos tácitos transformam-se em um único conhecimento condensado e explícito. Este, após divulgação, deverá ser utilizado individualmente de acordo com o papel de cada um. É claro que há protocolos de uso basicamente individual. Neste caso todos os integrantes do serviço deverão utilizá-lo da mesma forma. E há os protocolos onde vários profissionais participam em tempos diferentes.**

## **7.5 A Etapa Exploratória sobre o Processo Gerencial Estratégico**

Esta etapa exploratória da pesquisa foi trabalhada principalmente com os gestores líderes dos serviços de cardiologia e com os diretores dos hospitais.

De modo geral, o interesse foi pesquisar como estes profissionais da gestão percebiam a gestão da criação do conhecimento como um processo gerencial estratégico das organizações hospitalares através construção dos protocolos médico-assistenciais, desde a sua concepção, passando pelos processos de difusão destes novos conhecimentos ou conhecimentos renovados, chegando até o conteúdo estratégico dessas atitudes e observando que, para tanto, novas formas gerenciais eram colocadas em prática.

A seguir, em seqüência, as respostas às questões propostas pelo pesquisador são descritas e analisadas:

## **1. Havia a existência de projetos formais de gestão da criação do conhecimento nos hospitais pesquisados?**

Nenhum dos oito hospitais desenvolveu projetos formais de gestão da criação do conhecimento no momento da pesquisa. Alguns diretores já tinham lido a respeito, mas em outros segmentos empresariais. Vários diretores demonstraram interesse em saber “exatamente como era isto”. Solicitaram, inclusive, alguma bibliografia recomendada a respeito.

Manifestaram também que assim que a dissertação estivesse encerrada a mesma pudesse lhes ser encaminhada. Houve diretores que demonstraram interesse que o pesquisador apresentasse os dados da pesquisa em reunião formal para a alta administração e corpo clínico do hospital.

Os gestores líderes da condução dos processos de construção dos protocolos médico-assistenciais dos serviços de cardiologia também responderam não haver projetos formais de gestão da criação do conhecimento, embora durante as entrevistas, por solicitação do pesquisador, foram mostrados vários diagramas, fluxos e indicadores dos protocolos. Inclusive alguns serviços, principalmente dos hospitais privados e de ensino e pesquisa, têm responsáveis médicos, enfermeira do serviço e até secretárias para o controle dos indicadores - mensuração, análise de variabilidade e divulgação. Observou-se tabelas e gráficos afixados em murais e mantidos em pastas e arquivos informatizados para acesso a qualquer momento.

De qualquer forma, a percepção do pesquisador foi a de que o tema é extremamente inovador às instituições hospitalares, havendo grande espaço para projetos e consultorias especializadas.

## **2. Havia algum processo formal de seleção quanto à escolha das lideranças dos programas de construção dos protocolos médico-assistenciais?**

Observou-se que todos os líderes ou condutores de equipes de construção de protocolos médico-assistenciais nos hospitais pesquisados são os gestores líderes dos serviços médicos. Não houve nenhum líder apenas membro do serviço, ou com graduação em enfermagem, ou mesmo em administração.

Apenas em dois hospitais, um hospital-escola de ensino e pesquisa e um hospital privado, as lideranças médicas escolhidas para ocuparem o cargo tinham pós-graduação na área de epidemiologia médica. Disciplina que lida diretamente com a construção metodológica de protocolos médico-assistenciais.

Em todos os hospitais abordados a definição de quem lideraria as construções de protocolos médico-assistenciais partiu dos próprios membros dos serviços, recaindo a escolha sobre aqueles que tinham maior liderança sobre o grupo. Em nenhuma equipe de construção a escolha da liderança sofreu interferência de algum diretor.

### **3. Do ponto de vista das lideranças médicas dos serviços de cardiologia, como eles avaliavam a produção de protocolos médico-assistenciais?**

Aproximadamente 75% dos entrevistados avaliaram com positividade a produção dos protocolos médico-assistenciais. Os fatores que promoviam debates construtivos e constituíam satisfação com a produção dos protocolos eram basicamente:

- A vontade por parte da equipe em construir os protocolos, tornando-os padrões de assistência que davam identificação aos serviços;
- Foi consenso que a construção de protocolos médico-assistenciais se constituía na promoção de novos conhecimentos;
- O comprometimento dos integrantes com as tarefas: etapa da definição do escopo dos protocolos (que pacientes atender baseado em dados epidemiológicos, desenho dos fluxos de atendimento através dos departamentos, definição de outros serviços médicos participantes); etapa da seleção de documentos que permitem a construção dos protocolos (pesquisas na internet, impressos obtidos de outros meios); etapa do mapeamento que serve de feedback sobre o que foi definido até aquele momento; e etapa da discussão dos indicadores para mensurar e avaliar o processo assistencial;
- Os debates sobre como avaliar as divergências entre o que fora combinado e o que realmente ocorreu: variabilidade na utilização de alguns recursos (principalmente medicações e exames) e sobre a expectativa dos resultados da qualidade;
- A sensação que os integrantes sentiam ao estarem praticando uma medicina respaldada legalmente pelas melhores evidências;

- A integração dos membros através de uma linguagem comum e própria, motivo para elaboração de manuais que poderiam ser comercializados, servindo de propaganda para o serviço.

A maior parte das insatisfações durante a produção dos protocolos médico-assistenciais ficou por conta do pouco comprometimento dos profissionais, ocorrido em três hospitais; e com a tecnologia da informação, motivo de insatisfação de todos os hospitais pesquisados exceto um (público de ensino e pesquisa).

A falta de comprometimento foi muito salientada na entrevista realizada com a liderança de um hospital de pronto socorro da esfera municipal.

**Fico chateado quando alguns colegas que estão responsáveis pela divulgação prévia do material para que todos estudem e já cheguem com sugestões ou críticas nas reuniões não cumprem com esta tarefa (...) isto é um desrespeito com todos.**

Um gestor líder de hospital privado comentou:

**A nossa tecnologia da informação definitivamente não ajuda. Fazemos os fluxos do atendimento e até pedimos para coloquem na nossa intranet, por exemplo: quantos pacientes foram atendidos pelos protocolos, qual o grau de adesão dos médicos do corpo clínico, quais os resultados, etc. Mas não acontece ou demora um ano...Aí a gente se desmotiva (...) fico pensando se não eram para dar mais importância a isso. Afinal vivo ouvindo da direção que isto é estratégico para o hospital.**

Seguiu dizendo:

**Acho que se houvesse uma melhor divulgação da utilização e dos resultados dos protocolos os auditores das operadoras dos planos de saúde dariam mais importância a isso.**

- 4. Como a geração de contexto organizacional capacitante era considerada pelos gestores líderes dos serviços e diretores hospitalares na gestão da criação do conhecimento?**

Do ponto de vista dos diretores as respostas foram do tipo:

**Pedi aos supervisores de serviços médicos que me mantivessem a par dos acontecimentos sobre os protocolos de atendimento da instituição (...) tudo o que fosse preciso em termos de pessoas e infra-estrutura bastava pedir. Tenho o máximo interesse em utilizar os protocolos para negociar com as operadoras dos planos de saúde.**

Um diretor de hospital privado comentou exatamente o seguinte:

**No início eu mesmo participava das reuniões com os médicos e tratava de “limpar o caminho”, dando tudo que precisassem: assinatura de revistas, computadores, secretária, etc. Era muito importante que eles entendessem a jogada. A adoção de formas diferenciadas de pagamentos por parte das operadoras, seja ela uma autogestão, uma seguradora, uma medicina de grupo ou uma unimed, favorece que a formulação de protocolos que subsidiam pacotes ajude na formalização de contratos. Especificamente em relação à unimed, a questão dos contratos segue sendo um problema. Temos uma minuta elaborada conforme a ANS e tenho certeza de que se pressionarmos com os protocolos os contratos serão assinados.**

As respostas dos gestores líderes dos serviços de cardiologia entrevistados foram exatamente as mesmas fornecidas quando abordaram a questão da criação do contexto capacitante. Levaram em consideração fundamentalmente a necessidade de lutar por uma linguagem comum entre os vários profissionais.

No entanto, um gestor líder de hospital privado comentou:

**Tento sempre ler e acompanhar os movimentos de gestão que ocorrem nas empresas (...) tenho feito inclusive cursos de gestão à distância, pela internet (...) sou cobrado pelos custos da minha unidade. Se não estiver mais ou menos à altura do que acontece não estarei auxiliando no meu meio a criar condições para que todos cresçam nisso. Sempre que um equipamento é lançado procuro saber da relação de custo-benefício e quero logo dominar como funciona para ser dos primeiros a tê-lo. Outra coisa que presto a atenção são nas pesquisas de satisfação dos pacientes. Muitas vezes discordo da metodologia, principalmente quando os resultados são ruins (risos!).**

Este único depoimento ilustra uma das categorias de fatores das competências distintivas que embasam as capacidades dinâmicas argumentadas por Teece, Pisano e Shuen (1997) – a categoria relativa ao *posicionamento* da organização. Na categoria relacionada ao posicionamento, os gestores estão preocupados com o talento tecnológico corrente e com as

preferências dos clientes. Indiscutivelmente, são meios de tornar aquele contexto mais capacitado a participar do processo estratégico do hospital.

Como os protocolos médico-assistenciais são processos que se renovam pela incorporação de novas tecnologias, o próprio fato de trabalhar com esses instrumentos já evidencia a constante necessidade de adaptar o contexto organizacional às tendências modernas da área da saúde, propiciando, mesmo inadvertidamente, que as lideranças trabalhem na lógica das capacidades gerenciais dinâmicas.

De modo geral, os gestores líderes dos serviços de cardiologia não demonstraram preocupação com dificuldades em transformar conhecimentos tácitos, ratificados pelas melhores recomendações existentes pela literatura especializada, em explícitos, compartilhados por todos. Assim como também não evidenciaram preocupação com as tensões tipo *feed forward* e *feedback*. É oportuno observar neste momento que, além da conversão de um conhecimento tácito em explícito, os protocolos médico-assistenciais, durante a construção, também sofrem acréscimo de novos conhecimentos (novas tecnologias). Tem-se aqui, portanto, dois elementos: a conversão (transmissão, difusão) e a incorporação. Para ilustração, descreve-se o depoimento de um gestor líder de serviço de hospital público de pronto socorro:

**Após o comprometimento dos colegas com a construção dos protocolos médico-assistenciais e à adesão à utilização, o restante vai de forma natural. Não senti resistências ou dificuldades na transmissão dos novos conhecimentos integrados aos protocolos aos demais colegas, principalmente (ou quase que exclusivamente) quando os protocolos tratavam de atendimentos clínicos. Todavia, não há como tratar de protocolos com os cirurgiões, a não ser sobre indicações cirúrgicas ou medicamentos e exames a serem utilizados. A parte exclusivamente técnica da cirurgia é, no meu entender, impossível de padronizar.**

**5. Ao trabalhar com protocolos médico-assistenciais no sentido de padronizar a assistência durante a gestão da criação do conhecimento, as estratégias foram consideradas predominantemente de avanço ou sobrevivência?**

Antes das respostas o pesquisador comentava o que significavam as duas estratégias.

Aqui, tanto os gestores líderes dos serviços quanto os diretores hospitalares responderam de modo semelhante. Para ambos, trabalhar com protocolos médico-assistenciais era tanto uma estratégia de avanço quanto de sobrevivência. Como os protocolos sempre



inovavam alguma coisa pela incorporação de novas tecnologias, não deixavam de ser práticas de avanço da medicina. Em contrapartida, hospitais que não aderissem aos novos empreendimentos em tecnologias modernas e de ponta teriam dificuldades de sustentabilidade.

Entretanto, notou-se que lideranças de dois hospitais-escolas de ensino e pesquisa foram enfáticos em defesa de que trabalhar com protocolo médico-assistenciais implica, preferencialmente, assumir estratégias de avanço, uma vez que significa tentar utilizar o que há de mais moderno. Segundo eles, estratégias de sobrevivência poderiam significar somente preocupação em ter custos operacionais menores, o que nem sempre é possível ao se utilizar protocolos.

**(...) as vezes trabalhar com protocolos sai muito caro, pois obrigam a incorporar tecnologias caras.**

De modo geral, os gestores líderes observaram que, como vários integrantes das equipes trabalham em outros hospitais inclusive concorrentes, vários protocolos eram difundidos nestes outros locais.

**Há pouco tempo atrás estava de plantão em outro hospital e tive que atender um paciente agudo em estado precário. Naquele momento tive uma dúvida quanto a que exame solicitar. Lembrei então do protocolo que havíamos elaborado aqui na instituição. Peguei o telefone, falei com o colega, discutimos o caso e tomei uma decisão em outro hospital baseado no protocolo construído aqui.**

## **6. Como os gestores líderes dos serviços e os diretores hospitalares entendiam a integração e combinação dos recursos através do desempenho gerencial durante a construção de protocolos médico-assistenciais?**

Esta foi uma questão respondida basicamente pelos gestores líderes dos serviços. Os diretores se desculparam porque não participavam da operação. Apenas dois diretores de hospital privado se manifestaram com propriedade a respeito. Os depoimentos foram muito semelhantes:

**Não temos essa cultura de compartilhar recursos, até porque não é uma coisa fácil da gente programar (...) podem chegar dois pacientes ao mesmo tempo necessitando do mesmo recurso. Aí prevalece o critério subjetivo de dar o recurso ao mais grave. (...) Muitas vezes acontece do recurso estar alocado a um determinado centro de custo e o seu empréstimo ou compartilhamento nada gerar de receita àquele centro, apenas custo (por exemplo, conserto em caso de avaria). Outra situação é muito freqüente com a enfermagem. Por vezes estamos precisando de mais técnicos de enfermagem que estão ociosos em outro departamento. Todos sabemos que os técnicos de enfermagem são recursos valiosos e que merecem uma disponibilização mais diferenciada, baseada em critérios de complexidade dos pacientes. Canso de saber que a emergência está abarrotada de pacientes e nem por isso a UTI muda sua rotina circunstancialmente e os libera.**

Como observador participante em três hospitais, ainda se assiste pouco em termos de planejamento para capacitar os gestores médicos e supervisores de enfermagem a integrar e combinar recursos através de modelos assistenciais inovadores que utilizem protocolos médico-assistenciais. Isto ainda é mais grave em hospitais públicos onde há pouco comprometimento com normas e padrões. Talvez um incentivo à necessidade de compartilhamento de idéias deva dar mais ênfase no compartilhar processos e recursos.

Neste contexto tem havido crescimento por parte das emergências, uma vez que estes departamentos não são mais apenas receptores de pacientes, mas setores onde começam os atendimentos que se estendem aos laboratórios invasivos e unidades de internação, sem ruptura do atendimento e com vários procedimentos já iniciados.

Um gestor líder de hospital privado fez o seguinte comentário:

**Um exemplo típico de integração e combinação de recursos são as nossas equipes de transporte de pacientes dentro do hospital. Há um protocolo administrativo e um supervisor para isso. São equipes que, através de agendamento prévio, transportam o paciente da enfermaria para o bloco cirúrgico, ou da emergência para UTI, etc. O fato é que em média ocorrem mais de trinta transportes ao dia e os recursos são os mesmos. No meu entender, daí a importância desta “capacidade gerencial dinâmica” que evita que os transportes parem ou fiquem inviáveis. Este trabalho já ganhou até prêmio de qualidade.**

Outro gestor líder de outro hospital privado comentou duas situações que falam da integração e combinação de recursos e que caracterizam o conceito de capacidades gerenciais dinâmicas:

**Temos uma unidade de internação batizada de “intermediária” com protocolos médico-assistenciais próprios onde os mesmos médicos da UTI são quem dão o suporte técnico. O gestor da UTI é quem faz esse**

gerenciamento. Há dias em que esta unidade está mais conturbada que a própria UTI. Nestes dias o contingente de médicos plantonistas da UTI passa a maior parte do tempo na intermediária, resolvendo problemas. Outro exemplo é um time de médicos que chamamos de “hospitalistas”. Estes médicos estão em todos os locais do hospital onde ocorrem intercorrências. É um grupo móvel de trabalho. Eles se combinam com os grupos de enfermagem para atuarem juntos em situações de risco aos pacientes. Imagine se formos contratar um médico (ou médicos) para cada local do hospital passível de ter intercorrências. Como observação final, o diretor comentou que em breve deverá negociar pagamentos com as operadoras dos planos de saúde em vista desse diferencial de atendimento.

**7. Como os gestores líderes dos serviços e os diretores hospitalares avaliavam os conteúdos estratégicos do conhecimento gerado (tipos *know-how*, *know-what* e *know-why*) ao trabalharem com protocolos médico-assistenciais?**

Inicialmente, antes das respostas, o pesquisador explicava o significado dos três tipos de conteúdos estratégicos.

Poucos diretores hospitalares demonstraram uma preocupação com a dimensão estratégica externa ao hospital: “o que fazer” e o “por que fazer” para obter sustentabilidade (produtividade e melhorias na qualidade assistencial). Um diretor de hospital privado fez o seguinte comentário:

**Com o dinamismo constante da indústria farmacêutica e da engenharia biomédica, nós diretores temos que estar sempre atentos à necessidade de absorver estas inovações. Inclusive há verbas provisionais em nosso orçamento para estas aquisições.**

Já os gestores líderes de serviços evidenciaram preocupação com a dimensão estratégica interna. Questão muito semelhante a do risco com a replicabilidade e imitabilidade dos protocolos médico-assistenciais comentada mais à frente.

Se os poucos diretores evidenciaram preocupação com “o que fazer” e o “por que fazer”, olhando para além dos limites da instituição no afã de ler o mercado e o futuro; os gestores líderes concentraram especial atenção no “saber fazer”, olhando para os diferenciais distintivos dispostos internamente à instituição pela padronização dos atendimentos. Não tanto do ponto de vista de aplicar os protocolos médico-assistenciais construídos, mas do ponto de vista da gestão da construção.

Esta pergunta aos gestores líderes obteve respostas que embasam a questão de que o definitivamente estratégico é o “saber-fazer” os protocolos médico-assistenciais e não somente ter recursos diferenciados que qualquer hospital com poder aquisitivo pode ter. Eis uma das respostas conclusivas a respeito, fornecida por um gestor líder de um hospital privado, comentando sobre a importância da gestão dos protocolos médico-assistenciais como elemento estratégico ao invés da simples disponibilidade dos recursos:

**Nosso hospital conta com equipamentos de última geração e com as medicações modernas existentes. Todavia de nada adianta ter todo este aparato tecnológico se o técnico de enfermagem ou a enfermagem como um todo não souberem utiliza-los. Daí a importância que atribuo à gestão de criar protocolos no sentido de capacitar estes profissionais, desenvolvendo neles a importância do papel de cada um. (...) Trabalho em outros hospitais onde assisto pacientes com infarte agudo do miocárdio irem para a hemodinâmica para desobstruir a coronária e ainda não terem recebido o básico: AAS e tratamento sintomático da dor. Isto é uma inversão no modo de atender. Mas são locais onde não há protocolos. Os recursos estão ali, mas a maneira como são consumidos evidencia uma total falta de gestão dos atendimentos.**

Interessante observar, que nenhum gestor líder demonstrou preocupação com o meio externo em relação ao que a construção dos protocolos médico-assistenciais poderia promover de estratégias. O foco desse grupo estava sendo especificamente interno. A percepção do pesquisador é a de que a cultura hospitalar direciona exclusivamente aos diretores a responsabilidade de desenvolver estratégias mercadológicas: desenvolvimento de fornecedores, negociações com operadoras de planos de saúde e atitudes de marketing. Reservando aos médicos e demais profissionais técnicos apenas as preocupações de ordem tática e operacional. A única exceção é perfeitamente compreensível, de cunho mais estratégico, diz respeito à integração e combinação dos recursos por parte dos gestores.

Estas observações por parte dos entrevistados, vão ao encontro do que Sanchez e Heene (1997) argumentam: estratégias vinculadas aos tipos e aos conteúdos de conhecimento, estimulam a empresa a conhecer esses diferentes conhecimentos criados, que poderão ser a causa de competências distintas.

No seguimento, a próxima questão de pesquisa evidencia considerações complementares.

**8. Os membros dos serviços e das equipes de construção dos protocolos médico-assistenciais sabiam da importância de trabalhar com protocolos?**

Os gestores líderes foram praticamente unânimes em responder que sim: todos os integrantes sabiam da importância. Segundo eles, isto facilitava o gerenciamento dos protocolos médico-assistenciais mesmo que sofressem renovações constantes, adaptando-os à melhor medicina do momento.

**Além da importância, sabem o seu papel em cada etapa e se cobram mutuamente. Sabem, inclusive, quanto custa cada recurso mais diferenciado (...) alguns até comentam que em outro hospital aonde trabalham já utilizam determinando equipamento ou medicação mais atual (...) mais efetiva (...) melhor de trabalhar.**

**9. Qual a preocupação com o risco da replicabilidade e imitabilidade dos protocolos médico-assistenciais por outras instituições hospitalares:**

Neste quesito do processo estratégico que visa a obtenção e manutenção de vantagem competitiva, veio à tona um elemento interessante. A implementação (utilização) dos protocolos médico-assistenciais é uma situação puramente operacional, na qual inúmeras pessoas se envolvem, sendo praticamente impossível que não sejam replicados e imitados por outras instituições. Inclusive, existe hoje vasto material didático facilmente encontrado em livrarias e internet sobre protocolos. Entretanto, foi consenso o fato de que construir um protocolo médico-assistencial é uma questão estratégica que, além de merecer esforço por parte de quem se responsabiliza, exige habilidades incomuns.

**Escolher a equipe, estimular os colegas, marcar reuniões, delegar tarefas, pesquisar e separar o material, distribuir e insistir que leiam e se preparem (seminários) e além de tudo, depois, ainda divulgar e controlar a adesão dos colegas não é pouco.**

Então, sendo puramente operacional a utilização dos protocolos médico-assistenciais, basta que os profissionais estejam capacitados a executá-los, sendo praticamente inevitável a replicabilidade e a imitabilidade. O protocolo, uma vez construído, trata-se, tão-só, de um

repassa de informações que seguem a lógica de um processo, com suas etapas e recursos característicos.

O mesmo não ocorre com a construção dos protocolos, considerada como etapa estratégica, de complexa execução e, por conseguinte, de difícil replicação e imitação. Esta etapa, para ser replicada, necessitaria da transferência de competências gerenciais que já estão codificadas, não se tratando simplesmente da transmissão de informações.

Muito interessantes os depoimentos semelhantes de três gestores líderes de hospitais privados que comentam em forma e gênero praticamente o mesmo:

**Aqui onde sou responsável pela construção de protocolos médico-assistenciais há ambiente e recursos para trabalhar (...) Aqui dá para a gente se preocupar em trabalhar com protocolos. Todo o pessoal do grupo se envolve. Há hospitais que eu jamais assumiria essa tarefa. São hospitais onde o corpo clínico é muito pouco participante das coisas. Não freqüentam nem as reuniões onde discutimos alguns casos de interesse de todos (...) a direção tem muitas dificuldades em conseguir o apoio deles.**

Lembrando Teece, Pisano e Shuen (1997), uma capacidade para ser estratégica deve, entre outras coisas, “ter a propriedade de ser de difícil replicabilidade e imitabilidade”. Neste caso, portanto, os comentários feitos pelos gestores líderes de que a construção dos protocolos médico-assistenciais é um movimento estratégico (interno), vem ao encontro da teoria de Teece, Pisano e Shuen. Outrossim, a construção dos protocolos médico-assistenciais é uma atitude que determina um conteúdo estratégico *know-how*.

#### **10. O que gostariam de comentar sobre a utilização dos protocolos médico-assistenciais rumo a estreitar parcerias com as operadoras dos planos de saúde?**

Das respostas, vale descrever a resposta considerada mais significativa obtida de um diretor de hospital privado, evidenciando a maior expectativa em utilizar os protocolos médico-assistenciais como instrumentos de aproximação e compartilhamento de risco com as operadoras dos planos de saúde. Porém, antes de fazer o comentário, o diretor fez questão de mencionar que no nosso meio não existe, infelizmente, parcerias com as operadoras dos

planos de saúde. Ele via isto com grande pesar. A pouca “parceria” restringia-se a descontos que eram dados por alguns planos de saúde.

**A gente dá algum desconto de valor nas acomodações, taxas ou materiais e medicamentos e eles encaminham um volume maior de pacientes do plano para nós. Ou seja, a parceria está unicamente embasada na questão dos custos. Eles não se preocupam se temos ou não qualidade.**

Seguiu dizendo:

**Acho os protocolos médico-assistenciais de extrema importância em um contexto de negociações desgastado e sem saída para ambas as partes. Vejo nos protocolos vários elementos de gestão que também contemplam a necessidade das operadoras:**

- a. Aprendizado da organização: através de experiências compartilhadas, alterando conceitos, processos, indicadores e até estratégias de negócio;**
- b. Inovação: pela implementação de novos conhecimentos;**
- c. Visão de futuro: como os protocolos incorporam novas tecnologias (novos custos e margens), promovem a compreensão de fatores que podem alterar o negócio;**
- d. Foco no cliente: os protocolos são formas de dar ao paciente exatamente o que ele precisa com a maior segurança;**
- e. Responsabilidade social: os protocolos são uma maneira ética de prestar atendimentos;**
- f. Orientação para resultados: compromisso com a obtenção de resultados que atendam, de forma harmônica e balanceada, as necessidades de todas as partes interessadas.**

**Mas convenhamos: haja capacidade de gestão para tudo isso! Embora em nosso hospital, em comparação a inúmeros bons hospitais do Brasil, acho que a nossa gestão está preparada para isso.**

O comentário revelado acima evidencia as intenções estratégicas desse hospital manifestadas pelo seu diretor. São oportunidades vislumbradas de negócio que de acordo com Teece, Pisano e Shuen (1997) estimulam competências gerenciais distintas que orientariam o hospital rumo ao futuro - categoria de fatores relacionados aos *caminhos* rumo à fundamentação do processo estratégico.

Do ponto de vista de Sanchez e Heene (1997) seriam atitudes de conteúdo estratégico tipos *know-what* e *know-why*.

O Quadro 17 resume o consenso geral das percepções dos entrevistados.

Questão	Comentários
1. Sobre a existência de projetos formais de gestão	• Inexistência formal.

da criação do conhecimento.	
2. Sobre a seleção dos líderes com perfil e formação gerencial qualificada.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Praticamente inexistente.</li> </ul>
3. Sobre como era avaliada a produção dos protocolos médico-assistenciais.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infere-se que aproximadamente 75% dos gestores líderes evidenciaram satisfação com a produção dos protocolos médico-assistenciais, principalmente pelo grau de comprometimento dos membros da equipe com as várias etapas de construção;</li> <li>• Os demais se sentiram frustrados, justamente com o pouco grau de envolvimento do corpo clínico e com o distanciamento da tecnologia de informação.</li> </ul>
4. Sobre a criação de contexto capacitante à construção dos protocolos médico-assistenciais.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Na sua visão, os diretores não teriam economizado esforços;</li> <li>• Para os gestores líderes os esforços para a unificação da linguagem seriam o melhor meio para tornar o contexto mais capacitante;</li> <li>• Mas alguns também lembraram a necessidade de sempre acompanharem as novas tecnologias e a satisfação dos clientes para tornar o meio mais favorecedor à obtenção de vantagens;</li> <li>• Nenhum gestor líder comentou algum temor quanto à conversão de conhecimentos tácitos para explícitos durante o processo de renovação dos protocolos médico-assistenciais, exceto se o caso era cirúrgico.</li> <li>• Em suma, foram consideradas três questões fundamentais para capacitar o contexto: <i>comprometimento, unificação da linguagem e adesão.</i></li> </ul>
5. Sobre o fato de trabalhar com protocolos médico-assistenciais, se isto representava estratégias de avanço ou de sobrevivência.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabalhar com protocolos médico-assistenciais caracterizava ambas as estratégias;</li> <li>• No entanto, para os gestores líderes de hospitais -escola, nesse contexto de ensino e pesquisa, trabalhar com protocolos médico-assistenciais representava desenvolver estratégias de avanço.</li> </ul>
6. Sobre o entendimento da integração e combinação dos recursos durante a construção de protocolos médico-assistenciais.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A maioria dos entrevistados comentou que os hospitais têm pouca experiência com isso, embora já existam boas vivências em alguns.</li> <li>• Dois hospitais privados através dos gestores líderes e diretores comentaram suas experiências.</li> <li>• Está é uma condição que estimula e desafia o conceito de capacidades gerenciais dinâmicas, mas ainda teria muito a crescer no meio hospitalar.</li> <li>• Apenas ter o recurso, por mais valioso que seja, não significa vantagem estratégica pois outros hospitais poderão tê-lo. A integração e combinação determinadas pela gestão são consideradas estratégicas.</li> </ul>
7. Sobre a avaliação do desenvolvimento de conteúdos estratégicos ao trabalhar com protocolos médico-assistenciais.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O <i>know-how</i> desenvolvido pela gestão de construir protocolos médico-assistenciais é uma vantagem estratégica significativa de ordem interna, que determina uma replicabilidade e</li> </ul>



	<p>imitabilidade de difícil execução;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Como a área da saúde caracteriza -se por alto dinamismo de tecnologias, os diretores são os responsáveis “pelo que fazer e porque fazer” (<i>know-what</i> e <i>know-why</i>). Isto representa um conteúdo estratégico importante que, no entanto, há pouca participação dos gestores de especialidades.</li> </ul>
8. Sobre a ciência por parte dos integrantes da equipe multiprofissional da importância em trabalhar com protocolos médico-assistenciais.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Todos sabem da importância. Têm consciência do seu papel no fluxo do processo de atendimento. Envolvem-se com custos. Dão sugestões sobre novos equipamentos e medicações já utilizados em outros hospitais.</li> <li>• Para os gestores líderes dos serviços de cardiologia isto facilita o gerenciamento dos protocolos médico-assistenciais.</li> </ul>
9. Sobre o risco da replicabilidade e imitabilidade dos protocolos médico-assistenciais.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A utilização dos protocolos médico-assistenciais é inevitavelmente replicável e imitável: não é estratégico, pois todos os hospitais e serviços podem ter acesso;</li> <li>• Todavia, a construção é de difícil replicabilidade e imitabilidade (<i>know-how</i>), pois depende de uma gestão qualificada: isto sim teria significado estratégico diferencial.</li> <li>• Esta gestão qualificada se identifica conceitualmente com as “capacidades dinâmicas”.</li> </ul>
10. Sobre o estreitamento das relações entre hospitais e operadoras dos planos de saúde através dos protocolos médico-assistenciais (compartilhamentos).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Os protocolos médico-assistenciais são vistos, teoricamente, como grande elemento de aproximação e de novas políticas de negociação.</li> <li>• Entretanto, isto ainda se encontra em um plano conceitual e teórico, pois muito pouca aplicação existe.</li> </ul>

**Quadro 17: Comentários mais relevantes sobre as percepções dos entrevistados em relação à gestão do conhecimento e os protocolos médico-assistenciais – construção e difusão, capacidades gerenciais dinâmicas e processo estratégico**

(Fonte: Autor da pesquisa).

Das várias reflexões que poderiam ser feitas a partir das realidades levantadas pela pesquisa constantes no Quadro 17 (quadro resumo), como integrante da gestão em dois hospitais, uma surge como de extrema importância estratégica: tão estratégico quanto saber integrar e combinar recursos de desempenho superior é atentar para o fato de que é também significativamente estratégico o *know-how* do saber-fazer (construir) protocolos médico-assistenciais. Aí está uma competência essencial que poderia receber pelos hospitais uma atenção plenamente especial.

## 7.6 A Relação Matricial entre o Contexto Capacitante e o Processo Gerencial Estratégico

Esta seção, a partir de uma matriz elaborada entre o “contexto organizacional” representado pelos fatores capacitantes e barreiras *versus* o “processo gerencial estratégico”, discute a influência do primeiro sobre o segundo no campo das idéias, comparando essa influência de cunho teórico ao que foi evidenciado nas pesquisas de campo através das entrevistas. Ou seja, o que seria esperado *versus* o que realmente foi constatado? Este confronto estimula a que projetemos o gradiente existente entre o campo acadêmico e o “mundo real dos acontecimentos”. O Quadro 18 descreve a matriz.

	<i>Contexto Capacitante</i>	<i>Criação do Contexto Capacitante</i>	<i>Compartilhamento de Idéias</i>	<i>Comunidades de Prática</i>	<i>Barreiras</i>
Processo Estratégico	Capacidade Gerencial	1	2	3	4
	Conteúdo Estratégico do Conhecimento	5	6	7	8

**Quadro 18: Matriz de relação (confronto) entre o contexto capacitante organizacional e o processo gerencial estratégico** (*Fonte: Autor da pesquisa*)

- Quadrante 1: Relaciona a capacidade gerencial com a criação de um contexto capacitante. O desempenho gerencial do ponto de vista das capacidades gerenciais dinâmicas, deve, basicamente, ser único e ser de difícil replicabilidade e imitabilidade. Influenciado pela necessidade em ter um contexto capacitante, implica em ter habilidades gerenciais na categoria relativa aos processos de instilar a visão do conhecimento, gerenciar conversas, mobilizar ativista e globalizar o conhecimento, além de combater as barreiras e tensões à criação do conhecimento, não esquecendo de integrar e combinar os

recursos de desempenho superior durante a construção dos protocolos médico-assistenciais.

- *Do ponto de vista das informações obtidas pela pesquisa, o desempenho gerencial, para criar um contexto capacitante, esteve intensamente influenciado somente em desenvolver uma linguagem única, codificada e difusível entre os profissionais.*
- *Por parte de todos os hospitais pesquisados não há, até o momento, a programação de desenvolver projetos de gestão do conhecimento. Apenas dois hospitais dos oito abordados, um exclusivamente privado e um de ensino e pesquisa, manifestaram preocupação em qualificar os gestores dos serviços através de cursos. Ou seja, é possível inferir que em não havendo um programa formal de gestão da criação do conhecimento, não há projetos para tornar o contexto mais apto à geração de novos conhecimentos.*
- *Quanto ao identificar e utilizar os recursos de desempenho superior com o intuito de estimular as capacidades gerenciais dinâmicas, ainda existe certa imaturidade na maioria dos hospitais pesquisados. Inclusive a entrevista de um diretor de hospital privado, com visão da incorporação de novas tecnologias e modelos assistenciais inovadores, não evidenciou que houvesse uma preocupação em avaliar sistematicamente a gestão do serviço, embora mencionasse trabalhar com vários indicadores.*
- *Não há preocupação com o risco da replicação e imitação da forma gerencial que obteve sucesso na construção de protocolos médico-assistenciais. Nestes casos é possível inferir que esse sucesso gerencial não é considerado como diferencial estratégico (ou não houve a devida valorização do mesmo). A gestão da criação do conhecimento é orientada segundo a fórmula individual de cada gestor líder do serviço de cardiologia. O que vem a ratificar a ausência de programas de gestão da criação do conhecimento.*
- **Percebe-se, assim, um grande gradiente e, em conseqüência, um grande espaço a ser preenchido pela gestão hospitalar no sentido de tornar-se definitivamente estratégica.**

- Quadrante 2: Relaciona a capacidade gerencial com o compartilhamento de idéias. Neste caso, a performance da gestão é responsável em promover entre os profissionais e demais interessados o compartilhamento de processos de trabalho, objetivos e resultados. Assim, seria esperado que a necessidade em compartilhar estimulasse a gestão em promover meios para tanto.
  - *Do ponto de vista estratégico interno, os dados da pesquisa evidenciaram que o desempenho gerencial de boa parte dos hospitais pesquisados foi, na maioria das vezes, efetivo em determinar entre os profissionais o compartilhamento do conjunto de idéias integrantes dos protocolos médico-assistenciais – processos e objetivos dos atendimentos assistenciais. Infere-se que a questão do compartilhamento interno de idéias, à moda de cada hospital, não é um problema. Também se pode inferir que não é problema porque a uniformização da linguagem também não é um problema.*
  - *Todavia, do ponto de vista estratégico externo dos hospitais, não existe o compartilhamento de idéias com os demais interessados através da construção dos protocolos médico-assistenciais – riscos compartilhados, objetivos e resultados.*
  - **Esta ausência de compartilhamento de idéias relativas ao meio externo ao hospital, principalmente com as operadoras dos planos de saúde, provavelmente não estimula uma posição privilegiada de mercado.**
  
- Quadrante 3: Relaciona a capacidade gerencial com as comunidades de prática. Esta poderia ser uma forma de avaliar o desempenho gerencial. Promover comunidades de prática implica desenvolver um contexto capacitante à criação de conhecimento. A maneira de avaliar o desempenho gerencial poderia incluir observações sobre como as equipes multiprofissionais responsáveis pela construção de protocolos médico-assistenciais são “nutridas”. Estão legitimadas no ambiente hospitalar? Seus conhecimentos estão alinhados com as estratégias do hospital? Possuem infra-estrutura adequada para trabalhar?
  - *Das três indagações, a pesquisa pode captar que apenas a legitimação é um elemento existente. Talvez aqui resida um viés da pesquisa, pois o critério básico para a escolha dos hospitais era possuir serviços*

*médicos organizados com a preocupação de trabalhar com protocolos médico-assistenciais – se possuem serviços médicos organizados automaticamente podem ser considerados legitimados.*

- *Porém, a pesquisa também evidenciou que na maioria dos hospitais pesquisados eram significativas as queixas das lideranças dos serviços médicos de cardiologia com a falta de alinhamento estratégico e infraestrutura, principalmente com a tecnologia de informação.*
  - **Mais uma vez pode-se inferir que se houvesse programas para a gestão da criação do conhecimento esses “nutrientes” seriam considerados. Ou seja, mais espaços existem para o desenvolvimento da gestão voltada ao conhecimento.**
- **Quadrante 4: Relaciona a capacidade gerencial com as barreiras.** Assim como uma forma de mensurar o desempenho gerencial poderia ser através da promoção de um contexto mais capacitante e da nutrição das comunidades de prática, outra forma seria por intermédio de como a gestão como um todo previne e combate as barreiras e tensões à criação do conhecimento.
    - *A pesquisa não indicou a presença de barreiras esperadas: problemas quanto à uniformização de linguagem, quebra de paradigmas e histórias de sucesso; e na maioria dos hospitais não foram evidenciadas dificuldades significativas quanto à externalização e quanto às tensões feed forward e feedback do processo de conversão e difusão do conhecimento.*
    - *As barreiras residiriam apenas no seio das equipes multiprofissionais (etapas iniciais do processo de construção dos protocolos médico-assistenciais e adesão dos médicos) e nas formas inefetivas e até inexistentes em divulgar os novos conhecimentos difundindo-os pela instituição.*
    - **Aqui, mais vez, é evidenciado o grande espaço a ser ocupado pela gestão, pois um projeto de implantação de programa de gestão da criação de conhecimento identificaria as barreiras e tensões a serem prevenidas e entendidas como fatores críticos de sucesso.**

- Quadrante 5: Relaciona o conteúdo estratégico do conhecimento com a criação de um contexto capacitante. Um contexto organizacional capacitante deve influenciar atitudes gerenciais que favoreçam o relacionamento entre as pessoas e ter meios de converter conhecimentos tácitos em explícitos, ao mesmo tempo em que os renova e inova (incorporação de tecnologias), e lhes difunde pela organização de forma legitimada através de uma linguagem unificada. Trata-se, portanto, de um grande estímulo ao desenvolvimento de uma gestão estratégica que promova um conteúdo *know-how* altamente específico. Esta aprendizagem organizacional pode ser considerada um diferencial competitivo, pois poderia trazer inúmeras vantagens à organização.
  - *Considerando as informações da pesquisa sobre a criação de um contexto capacitante, observou-se, todavia, que é dependente de uma gestão cujo know-how reside, apenas, em uniformizar a linguagem entre os profissionais e timidamente capacitá-los a integrar e combinar recursos superiores.*
  - *Entretanto, faltaram vários elementos da criação de um contexto mais capacitante, tais como instilar a visão do conhecimento, gerenciar conversas, mobilizar pessoas proativas e ter meios de comunicação mais efetivos para globalizar a informação.*
  - **É possível inferir que se houvesse uma preocupação no sentido de desenvolver os outros conteúdos estratégicos relacionados ao “que fazer” (*know-what*) e “porque fazer” (*know-why*), talvez houvesse um incentivo em promover aqueles elementos ausentes da criação do contexto capacitante conforme as teorias. A percepção do pesquisador é a de que trabalhar com protocolos médico-assistenciais, exceto para dois dos hospitais abordados (um exclusivamente privado e o outro de ensino e pesquisa), é uma questão muito pouco explorada pela maioria dos hospitais. Um dos demais hospitais abordados, classificado como público e sem ensino e pesquisa (de pronto-socorro), já trabalha com protocolos médico-assistenciais com uma lógica estratégica de padronização de recursos e racionalização de custos. Entretanto, como foi inaugurado há apenas um ano, ainda não possui resultados considerados estratégicos pela direção.**

- Quadrante 6: Relaciona o conteúdo estratégico do conhecimento com o compartilhamento de idéias. Esta relação pode sinalizar o tipo de conteúdo estratégico com o que está sendo compartilhado. Compartilhar processos de trabalho indica um conteúdo *know-how*. Já o compartilhamento de objetivos e metas de resultado, principalmente se for com fornecedores e operadoras de planos de saúde, indicam um conteúdo estratégico de conhecimento mais voltado para o *know-what e know-why*. Lembrando que o conteúdo *know-what* poderia ser relacionado “a que protocolos médico-assistenciais construir” e o *know-why* “porque os construir”.
  - *Através da pesquisa, foi evidente que os hospitais cujas lideranças dos serviços conseguiram construir protocolos médico-assistenciais, desenvolveram um conteúdo estratégico do conhecimento tipo know-how. Isto porque a construção de protocolos implica, obrigatoriamente, no compartilhamento de processos que, inclusive, promove o desenvolvimento de uma linguagem única.*
  - *No entanto, nenhum diretor ou liderança de serviço compartilhava objetivos e resultados com as operadoras dos planos de saúde. Neste sentido, a pesquisa apurou um vazio de conteúdo estratégico do tipo know-why. Não foi pesquisado o tipo de compartilhamento com os fornecedores.*
  - *Sobre o conteúdo know-what, as lideranças dos serviços tinham claramente quais protocolos médico-assistenciais construir. No entanto, como os protocolos escolhidos para construção eram praticamente os mesmos em todos os hospitais pesquisados, as escolhas não puderam ser consideradas como diferencial estratégico entre as instituições.*
  - **Resumindo, foi observado com pesar que em hospitais de prestígio junto as suas comunidades há certa “miopia estratégica”, pois não estão em nada atentos à questão do que fazer e porque fazer.**
  
- Quadrante 7: Relaciona o conteúdo estratégico com as comunidades de prática. Pode-se dizer que comunidades de prática são “maneiras significativas” de compartilhar idéias no sentido de obter soluções e resultados. São meios que

influenciam no direcionamento do “como fazer” e, portanto, estão bem próximas ao *know-how*.

- *Neste caso, semelhante ao quadrante 6, a pesquisa indicou que os hospitais que obtinham sucesso na construção de protocolos médico-assistenciais, tinham desenvolvido equipes multiprofissionais com perfil e funcionalidade em muito semelhantes às comunidades de prática.*
- **Eis aqui um ponto que se mostrou positivo, pois infere-se que esta influência do estímulo à formação de equipes conceitualmente semelhantes às comunidades de prática sobre o conteúdo estratégico *know-how* venha sendo altamente positiva.**
- Quadrante 8: Relaciona o conteúdo estratégico às barreiras. Uma vez identificadas as barreiras e tensões, a gestão hospitalar deveria observar os obstáculos à promoção dos conhecimentos *know-how*, *know-what* e *know-why*.
  - *Conforme mencionado anteriormente, as informações obtidos através da pesquisa indicaram forte conteúdo estratégico *know-how* (uma gestão que sabe como fazer protocolos), porém praticamente inexistente conteúdo estratégico *know-why*.*
  - **Destá inexistência em conteúdo estratégico *know-why* deveria surgir a questão: Que barreiras de âmbito mais estratégico, em nível de alta administração, estariam a impedi-lo? A pesquisa não explorou essa questão. Mas pode-se inferir que na vigência de um programa de gestão da criação (estratégica) do conhecimento tais barreiras poderiam ser localizadas e prevenidas. A percepção do pesquisador é a de que o processo de gestão nos hospitais, pelo menos nos pesquisados, ainda é inicial e imaturo comparativamente a empresas do setor industrial.**

#### **7.7 A Caracterização da Gestão Estratégica da Criação do Conhecimento conforme a Variabilidade dos Hospitais Pesquisados**



O objetivo desta subseção é o de descrever e discutir os pontos considerados mais significativos pelo pesquisador, através das informações coletadas no que diz respeito às diferenças entre as características dos hospitais e o binômio *contexto capacitante – processo gerencial estratégico*. **Ou seja, que perfil hospitalar teria sido mais exitoso em construir protocolos médico-assistenciais e, portanto, estaria próximo a desenvolver programas formais de gestão da criação do conhecimento segundo as teorias utilizadas?**

Neste sentido faz-se uma apreciação das informações obtidas através da pesquisa levando em consideração o tipo de hospital e não as unidades de análise que foram entrevistadas.

O Quadro 19 (Quadro 10 modificado), apenas para relembrar, descreve resumidamente as características gerais dos hospitais onde a pesquisa se desenvolveu e as relaciona ao perfil funcional dos serviços de cardiologia.

Hospital	Características de participação no mercado	Perfil organizacional e gerencial do Serviço de Cardiologia
A	Hospital geral e exclusivamente privado; sem caráter de ensino e pesquisa; não possui serviço de residência médica; tendo mais de 350 leitos de internação	Desenvolveu Missão/Visão; possui Planejamento Assistência, Orçamento, Indicadores e sistema de Avaliação; possui mais de 25 Cardiologistas; totaliza quase 10 Protocolos.
B	Hospital geral e público; que atende pacientes SUS e alguma quantidade de convênios; com características marcantes de ensino e pesquisa; com serviço de residência médica; oferecendo mais de 600 leitos de internação.	Desenvolveu Missão/Visão; possui Planejamento da Assistência, Orçamento, Indicadores e Sistema de Avaliação; implementou o BSC como método de gestão; é constituído por quase 40 Cardiologistas; totaliza quase 15 Protocolos.
C	Hospital público de Pronto-Socorro; com atendimento basicamente a pacientes SUS; com caráter de ensino e pesquisa; com serviço de residência médica; tendo aproximadamente 100 leitos de internação.	Não conta com Planejamento Assistencial; o Orçamento é apenas para custeio e não é utilizado como instrumento de gestão; não lida com indicadores; possui, ao todo, 14 Cardiologistas; os Protocolos estão restritos aos serviços de enfermagem.
D	Hospital geral e exclusivamente privado; sem caráter de ensino e pesquisa; que não possui serviço de residência médica; contabilizando aproximadamente 180 leitos de internação.	Desenvolveu Missão/Visão; possui Planejamento Assistência, Orçamento, Indicadores e Sistema de Avaliação; conta com aproximadamente 20 Cardiologistas; totaliza quase 10 Protocolos.
E	Hospital geral e	Desenvolveu Missão/Visão; possui Planejamento

	exclusivamente privado; com caráter de ensino e pesquisa; que possui serviço de residência médica; com mais de 300 leitos de internação.	Assistência, Orçamento, Indicadores e Sistema de Avaliação; dispõe de aproximadamente 30 Cardiologistas; totaliza quase 15 Protocolos.
F	Hospital público de Pronto-Socorro da grande Porto Alegre; com atendimento basicamente a pacientes SUS; sem ainda caráter de ensino e pesquisa; com serviço inicial de residência médica; contando com aproximadamente 100 de leitos de internação.	Desenvolveu Missão/Visão; possui Planejamento da Assistência, Orçamento, Indicadores e Sistema de Avaliação; implementou o BSC como método de gestão; conta com 8 Cardiologistas; totaliza quase 15 Protocolos.
G	Hospital geral e privado; com caráter de ensino e pesquisa, que possui serviço de residência médica; com uma oferta de aproximadamente 200 leitos.	Não desenvolveu Missão/Visão; não conta com Planejamento Assistencial; o Orçamento é acessado apenas pela Alta Administração; não trabalha com Indicadores e nem com Sistema de Avaliação; possui aproximadamente 12 Cardiologistas; tem dificuldades em implementar os Protocolos elaborados.
H	Hospital geral e privado, que atende pacientes SUS, convênios e o seu próprio plano de saúde; sem caráter de ensino e pesquisa; que não possui serviço de residência médica; tendo mais de 300 leitos de internação.	Desenvolveu Missão/Visão; possui Planejamento Assistência, Orçamento, Indicadores e Sistema de Avaliação; há 25 Cardiologistas atuantes; totaliza quase 15 Protocolos.

**Quadro 19: Características gerais dos hospitais pesquisados considerando a participação no mercado *versus* a funcionalidade gerencial dos serviços de cardiologia**

*(Fonte: Autor da pesquisa).*

1. Hospital A: Porto Alegre

a. Do ponto de vista de *Criação Contexto Capacitante*:

- Como tem o hábito de desenvolver seu Planejamento Estratégico anual e promove cursos de capacitação para a qualificação da gestão, basta a inclusão de um projeto de programa formal de gestão da criação do conhecimento para instilar a visão do conhecimento por toda a organização.
- Assim como todos os demais hospitais pesquisados, a necessidade do desenvolvimento de uma linguagem

uniforme que congregue todos os profissionais envolvidos foi considerada como fator mais intenso de capacitação do contexto: a unificação da linguagem ou *refinamento da linguagem* (CROSSAN, LAKE e WHITE, 1999) e a conseqüente legitimação, jamais foi considerada uma barreira.

- Todavia, não existe incentivo aos demais capacitantes do contexto tais mobilizar ativistas, gerenciar conversas e globalizar o conhecimento.
- Sobre esse último, – globalização do conhecimento, houve várias formas de queixas quanto à ferramenta da tecnologia de informação como difusora dos novos conhecimentos.

b. Do ponto de vista de *Barreiras*:

- A linguagem não foi considerada barreira de comunicação entre os profissionais, pelo contrário.
- As histórias de sucesso e os problemas com os procedimentos e paradigmas, assim como as tensões *feed forward* e *feedback*, e a conversão dos conhecimentos tácitos para explícitos, foram considerados de fraca e fugaz intensidade como fatores obstaculizantes à gestão da criação de conhecimento.

c. Do ponto de vista das *Capacidades Gerenciais Dinâmicas*:

- Talvez pelos cursos de qualificação da gestão, o hospital tem algumas vivências na integração e combinação de recursos de desempenho superior, assim como a gestão do serviço de cardiologia tem domínio conceitual sobre o compartilhamento de idéias nos processos, objetivos e metas durante a construção de protocolos médico-assistenciais. Todavia, é uma visão compartilhada que olha apenas para dentro da instituição.

- Trabalhar com protocolos médico-assistenciais foi considerado como sendo estratégia de avanço e sobrevivência.

d. Do ponto de vista do *Conteúdo Estratégico do Conhecimento Criado*:

- Foi consenso que o conteúdo estratégico está diretamente relacionado ao *know-how* “de como construir os protocolos médico-assistenciais”.
- No entanto, a direção desse hospital tem uma visão diferenciada quanto ao conteúdo estratégico da construção de protocolos médico-assistenciais, uma vez que, no curto prazo, pretende estreitar parcerias de compartilhamento de risco com as operadoras dos planos de saúde voltadas ao negócio de obtenção de vantagens comerciais. Isto significaria avanço rumo ao conteúdo estratégico tipos *know-what* e *know-why*.

2. Hospital B: Porto Alegre

a. Do ponto de vista de *Criação Contexto Capacitante*:

- Devido ao fato de anualmente desenvolver o seu Planejamento Estratégico associado à tradução e alinhamento das estratégias através da implementação do método de gestão *Balanced Scorecard* (BSC), propicia que seus gestores estejam sensíveis ao desenvolvimento de um projeto de programa formal de gestão da criação do conhecimento para instilar da visão do conhecimento por toda a organização.
- Assim como todos os demais hospitais pesquisados, a necessidade do desenvolvimento de uma linguagem uniforme que congregue todos os profissionais envolvidos foi considerada como fator mais intenso de capacitação do

contexto: a unificação da linguagem e conseqüente legitimação, jamais foi considerada como barreira. Foi principalmente nesse hospital, cuja característica maior é a de ser um hospital-escola de ensino e pesquisa, onde o trânsito do conhecimento através de alunos, doutorandos e residentes é intenso, que se notou através da pesquisa como era crucial a necessidade de uma linguagem uniforme e legitimada.

- Todavia, nesse hospital assim como no anterior, embora toda esta atmosfera de conhecimento, não existe incentivo aos demais capacitantes do contexto tais mobilizar ativistas, gerenciar conversas e globalizar o conhecimento.
- Entretanto, sobre a globalização do conhecimento, foi o único hospital em que as pessoas não se queixaram da tecnologia de informação, pelo contrário, louvavam-lhe. Neste ponto reside um *know-how* diferencial que tão-só esse hospital possui e que poderia ser articulado ou transmitido a outros hospitais fora do seu segmento estratégico.

b. Do ponto de vista de *Barreiras*:

- A linguagem não foi considerada barreira de comunicação entre os profissionais. Pelo contrário, foi encarada como sendo fator crítico de sucesso à geração de um contexto mais fértil à criação e difusão do conhecimento.
- Assim, como no caso anterior, as histórias de sucesso e os problemas com os procedimentos e paradigmas, assim como as tensões *feed forward* e *feedback*, e a conversão dos conhecimentos tácitos para explícitos, foram considerados de fraca e fugaz intensidade como fatores obstaculizantes à gestão da criação de conhecimento.

c. Do ponto de vista das *Capacidades Gerenciais Dinâmicas*:

- Talvez pela implementação do BSC e pela aprendizagem que proporciona, o hospital tem algumas vivências na integração e combinação de recursos de desempenho superior, assim como a gestão do serviço de cardiologia tem domínio conceitual sobre o compartilhamento de idéias nos processos, objetivos e metas durante a construção de protocolos médico-assistenciais. Todavia, também é uma visão compartilhada olhando para dentro da instituição e pareceu menos desenvolvida do que no Hospital A.
- Trabalhar com protocolos médico-assistenciais foi considerado como sendo estratégia de avanço e sobrevivência. Mas para os gestores líderes foi considerada uma estratégia fundamental e unicamente de avanço.

d. Do ponto de vista do *Conteúdo Estratégico do Conhecimento Criado*:

- Assim como no Hospital A, foi consenso que o conteúdo estratégico está diretamente relacionado ao *know-how* “de como construir os protocolos médico-assistenciais”.
- Entretanto, diferentemente do Hospital A, a direção desse hospital não evidenciou uma visão diferenciada quanto ao conteúdo estratégico da construção de protocolos médico-assistenciais. Talvez pelo fato de que seja um hospital público, onde a concorrência não mede forças em nível comercial devido ao caráter de sua missão – hospital-escola de ensino e pesquisa onde o social é o valor maior.

3. Hospital C: Porto Alegre

Este hospital do município de Porto Alegre, embora o elevado conceito que ostenta junto à sociedade gaúcha em relação ao atendimento agudo ao trauma assim como as demais urgências e emergências, foi a

instituição que mais destoou das demais sob o ponto de vista de gestão – na verdade não existe gestão pois não existe, entre outros elementos, metas e busca por resultados. Há, tão só, com algumas exceções, chefes de equipes e de serviços apenas preocupados em elaborar escalas de plantão. Trata-se de um hospital onde os responsáveis pela construção de protocolos médico-assistenciais (usar a expressão gestor líder seria muito forçoso nessa instituição) evidenciaram inúmeras dificuldades relacionadas às teorias estudadas: (a) nenhuma atitude diretiva ou gerencial para criar um contexto capacitante; (b) as barreiras restringem-se ao escasso comprometimento da pessoas com as propostas; (c) a tecnologia da informação nem chegou a ser questionada em vista do que não ter o que difundir de conhecimento criado; (d) as reuniões praticamente inexistem, roubando oportunidades de compartilhamento de idéias; (e) obviamente não existem comunidades de prática; (f) e como praticamente não existem protocolos médico-assistenciais construídos pelo próprio serviço (são utilizados o que existe de fonte secundária), não se pode inferir sobre o processo gerencial estratégico dessa instituição. A desculpa é a de sempre: o funcionário público pouco se compromete com essas instituições porque não é avaliado. Entretanto, observou-se a construções de protocolos assistenciais de enfermagem.

#### 4. Hospital D: Porto Alegre

Este é um hospital que lembra em muito o Hospital A há aproximadamente 10 – 15 anos atrás, com segmento semelhante de mercado – proposta assistencial.

- a. Do ponto de vista de *Criação Contexto Capacitante*:
  - Desenvolve o Planejamento Estratégico anual, mas não teria transmitido ao corpo clínico formalmente.
  - Como todos os demais hospitais pesquisados, a necessidade do desenvolvimento de uma linguagem uniforme que congregue todos os profissionais envolvidos

foi considerada como fator intenso de capacitação do contexto. Porém não existem incentivos aos demais capacitantes do contexto.

- Mais uma vez aqui, houve várias queixas à tecnologia da informação.

b. Do ponto de vista de *Barreiras*:

- Assim como os demais, a linguagem não foi considerada um obstáculo à comunicação entre os profissionais. Antes pelo contrário, foi considerada um elemento estratégico.
- Tal qual o Hospital A, as histórias de sucesso e os problemas com os procedimentos e paradigmas, assim como as tensões *feed forward* e *feedback*, e a conversão dos conhecimentos tácitos para explícitos, foram considerados de fraca e fugaz intensidade como fatores obstaculizantes à gestão da criação de conhecimento.

c. Do ponto de vista das *Capacidades Gerenciais Dinâmicas*:

- Não foi evidenciada por parte dos entrevistados alguma característica das capacidades gerenciais dinâmicas, mesmo em preocupação com a integração e combinação dos recursos superiores.
- Trabalhar com protocolos médico-assistenciais foi considerado como sendo estratégia de avanço e sobrevivência.

d. Do ponto de vista do *Conteúdo Estratégico do Conhecimento Criado*:

- Também à semelhança do Hospital A, foi consenso que o conteúdo estratégico está diretamente relacionado ao *know-how* “de como construir os protocolos médico-assistenciais”.



- A direção médica tem o interesse de estreitar parcerias com as operadoras dos planos de saúde baseada na utilização de protocolos médico-assistenciais, mas sente que ainda é cedo. Observou que aguarda por uma maior adesão do corpo clínico aos protocolos construídos, mas não comentou a estratégia para tanto: bem que poderia ser o desenvolvimento de projeto de programa de gestão da criação do conhecimento compartilhado com as operadoras.

## 5. Hospital E: Porto Alegre

Através das respostas dos entrevistados, observou-se extrema semelhança com o Hospital A (mesmo segmento de mercado – concorrentes diretos) no campo das idéias, tanto relativas ao contexto capacitante quanto ao processo gerencial. As exceções foram as seguintes:

- Trata-se de um hospital mais tradicional e de corpo clínico com formação científica mais elaborada. A partir disto observou-se que todo o processo de abordagem da construção dos protocolos médico-assistenciais é mais formal. Neste contexto, infere-se que tudo o que for mais informal (gerenciar conversas, por exemplo) tem mais dificuldades em progredir.
- A necessidade de linguagem comum seguiu sendo a estrela capacitante do contexto. Houve bem menos reclamações à tecnologia de informação.
- Considerando que se trata de um hospital mais tradicional, com um programa de gestão da qualidade e inclusive com acreditação internacional, os processos operacionais e gerenciais de trabalho seriam mais consistentes na ótica dos entrevistados. Assim, infere-se que o conteúdo estratégico *know-how* estaria mais robustecido do que o do Hospital A.

- Sobre os conteúdos estratégicos *know-what* e *know-why*, a forma de pensar seria a mesma do Hospital A, porém com menor ênfase por parte do diretor entrevistado.

#### 6. Hospital F: Canoas (grande Porto Alegre)

Este hospital foi surpreendente, principalmente se comparado ao Hospital C (mesma proposta assistencial e mesmo perfil organizacional – jamais gerencial).

Alguns dados e inferências que chamam a atenção:

- Hospital de pronto-socorro da grande Porto Alegre que, embora recém inaugurado (1 ano no momento da pesquisa), já tinha obtido certificação nacional em nível 1 – estrutura e organização.
- Embora de caráter público sob a responsabilidade da Prefeitura Municipal, o regime de trabalho se faz através de cooperativas de serviços, descaracterizando totalmente o estigma do servidor público. Infere-se que isso é fator crítico de sucesso para o desenvolvimento gerencial, pois conta com uma Controladoria de Apoio à Gestão - instrumento qualificador da gestão.
- Este órgão de apoio à gestão faz um papel próximo à gestão da criação do conhecimento, pois fomenta o espírito de um contexto fecundo à organização dos serviços médicos e à construção dos protocolos médico-assistenciais.
- Observou-se nos gestores líderes um grande engajamento com as questões estratégicas do hospital. Cursos de capacitação da gestão estavam sendo elaborados. E o Planejamento Estratégico, assim que sofresse as alterações necessárias em vista da jovialidade da instituição, seria divulgado junto aos colaboradores.
- De qualquer forma se observou boas idéias sobre compartilhar recursos e desenvolver *know-how* de conteúdo estratégico diferencial.

- A superintendência entrevistada manifestou inúmeras visões estratégicas para diferenciar o hospital no município e na região.

#### 7. Hospital G: Porto Alegre

Hospital muito semelhante ao Hospital D, em relação ao porte e segmento de mercado. Entretanto as entrevistas evidenciaram problemas significativos relacionados à gestão da criação do conhecimento durante a construção dos protocolos médico-assistenciais. Embora por fatores diferentes, trata-se de um hospital que está longe de um programa de gestão da criação do conhecimento.

- Muito pouco comprometimento por parte dos integrantes da construção de protocolos médico-assistenciais, inclusive por parte da enfermagem. Tanto é assim que poucos protocolos foram construídos, porém nenhum implementado.
- Baixíssima adesão aos protocolos construídos. Essa é uma consequência esperada no momento em que há pouco comprometimento já com a construção. Outrossim, é uma das contribuições deste estudo: pouco engajamento dos profissionais e não participação da enfermagem são fatores de insucesso.
- Nenhuma atitude gerencial formal no sentido de desenvolver um contexto mais capacitante.
- Escassa visão estratégica e do processo gerencial estratégico por parte dos entrevistados

#### 8. Hospital H: Bento Gonçalves

Hospital do interior do estado do RS, da cidade de Bento Gonçalves, de mesmo porte que os Hospitais A e E de Porto Alegre.

a. Do ponto de vista de *Criação Contexto Capacitante*:

- Desenvolve o Planejamento Estratégico anual e alguns serviços possuem Certificação ISO através da BVQI. Todavia percebeu-se que todas estas ferramentas de gestão estão restritas à área administrativa, havendo muito pouca divulgação ao corpo clínico. Considerando que a Certificação ISO à área da saúde foca principalmente nos processos de gestão, era de se esperar que houvesse um maior compartilhamento dos processos de trabalho, sendo os protocolos médico-assistenciais, neste momento, um elemento chave.
- À semelhança dos demais hospitais pesquisados, a necessidade do desenvolvimento de uma linguagem uniforme foi considerada o fator mais intenso de capacitação do contexto: a unificação da linguagem e conseqüente legitimação, jamais foi considerada uma barreira.
- Mas também à semelhança dos outros, não existe incentivo aos demais capacitantes do contexto tais como mobilizar ativistas, gerenciar conversas e globalizar o conhecimento.
- Mais uma vez houve queixas à tecnologia de informação como transmissora dos novos conhecimentos.

b. Do ponto de vista de *Barreiras*:

- As histórias de sucesso e os problemas com os procedimentos e paradigmas, assim como as tensões *feed forward* e *feedback*, e a conversão dos conhecimentos tácitos para explícitos, foram considerados com maior intensidade em comparação aos demais hospitais como fatores dificultadores à gestão da criação de conhecimento. Cultura médica do interior?

c. Do ponto de vista das *Capacidades Gerenciais Dinâmicas*:

- Pouco foi evidenciado através da pesquisa com o gestor líder do processo de construção dos protocolos médico-assistenciais. Não deixou de ser apenas uma visão compartilhada voltada para dentro da instituição.
- Trabalhar com protocolos médico-assistenciais foi considerado como sendo estratégia de avanço e sobrevivência.

d. Do ponto de vista do *Conteúdo Estratégico do Conhecimento Criado*:

- Também houve consenso que o conteúdo estratégico está diretamente relacionado ao *know-how* “de como construir os protocolos médico-assistenciais”.
- Como este hospital tem plano próprio de saúde, as intenções estratégicas do hospital quanto à utilização comercial dos protocolos médico-assistenciais estão restringidas às questões de racionalização dos custos. Isto caracteriza fortemente um conteúdo estratégico *know-what* e *know-why* do conhecimento criado, que, entretanto, não se faz representar na prática.

## 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho teve por objetivo maior demonstrar a importância estratégica da criação do conhecimento às organizações hospitalares. Para tanto, o estudo esteve fundamentado em teorias relativas ao conhecimento através de pesquisa bibliográfica, pesquisa de campo, observações participantes, observações de documentos e na vivência do pesquisador como funcionário colaborador em algumas instituições hospitalares.

Especificamente, o estudo se propôs a explorar e descrever a gestão estratégica da criação do conhecimento, utilizando a produção de protocolos médico-assistenciais como instrumento de pesquisa à luz das teorias consideradas mais relevantes ao problema, observando, sobretudo, as interações e conseqüências do contexto organizacional relacionadas ao comportamento do processo gerencial estratégico nas instituições pesquisadas através das unidades de análise.

Assim, a grande motivação da pesquisa foi tratar o conhecimento, seu contexto e suas conseqüências, como sendo um recurso estratégico altamente valioso.

Observa-se por parte da literatura especializada que acompanha as mudanças organizacionais, que as estruturas de trabalho gradativamente se enxugam, obrigando a que especialistas se organizem em grupos para executarem em maior profundidade e com maior diferencial seus projetos, programas e tarefas.

Neste novo modelo organizacional, a disposição de grupos profissionais em compartilhar conhecimentos inovadores ou renovados, relacionados aos processos de trabalho e aos resultados almejados, sejam esses conhecimentos tácitos ou já explicitados, representam um grande desafio de alterações comportamentais no ambiente das instituições. Ambiente este ora favorecedor ora problematizante, que impacta no processo estratégico gerencial e determina, em decorrência, a necessidade de interpretações que promovam leituras acuradamente adequadas.

Em paralelo, há clientes, comunidades, conselhos, acionistas e fornecedores (outros interessados – *stakeholders*), cada vez mais participantes da existência e sobrevivência das organizações, muitas vezes estimulando posicionamentos e inovações na qualidade e nos custos dos produtos e serviços.

Sobre a tecnologia da informação, elemento visceral da gestão estratégica da criação do conhecimento, inúmeras vezes citada durante a pesquisa, foi possível lembrar o que Dutra de Lara (2003, p. 26) comenta:

**A tecnologia da informação vem evoluindo aceleradamente nos últimos anos. Se as empresas não souberem dominar a equação informação – conhecimento - sabedoria e aplicá-la nas resoluções dos problemas organizacionais, dificilmente poderão obter vantagens estratégicas no crescimento econômico e financeiro.**

Fruto deste contexto, o conhecimento como um todo emerge a partir de atitudes individuais ou grupais, muitas vezes fora de organogramas formais e através de encontros casuais, porém sistemáticos entre as pessoas. Estes, por sua vez, desenvolvem as melhores práticas de atuação, o que no seguimento, conferem um domínio institucional onde o trabalho passa a ser estruturado, controlado e medido – enfim legitimado. Esta legitimação proporciona que o conhecimento criado defina uma base de informações e procedimentos, com o intuito de ser compartilhado, articulado e usufruído pela organização.

Para Davenport e Prusak (1998), pessoas que compartilham a mesma cultura de trabalho podem comunicar-se melhor e transferir conhecimento de forma mais eficaz do que aquelas que não têm uma cultura em comum.

## **8.1 A Importância do Estudo na Era Moderna**

O sucesso das empresas situa-se mais em suas capacidades intelectuais e sistêmicas do que em seus ativos físicos (ARMISTEAD, 1999).

Esta assertiva acarreta ao gerenciamento uma grande responsabilidade: a capacidade de gerenciar o intelecto humano e convertê-lo em produtos e serviços úteis, transformando-se, num abrir de olhos, em uma habilidade crítica de sucesso para uma nova era.

De modo especial, organizações estão desenvolvendo estratégias baseadas em “portfólios” de atitudes gerenciais para capturar, gerar e difundir o que aprendem, compartilhando novas idéias e utilizando blindagens funcionais no sentido de preservar as melhores práticas.

Entretanto, no sentido de desenvolver estratégias que desenvolvam habilidades gerenciais que saibam explorar ao máximo os recursos de desempenho superior, é fundamental que se entenda o contexto organizacional onde estão inseridos. Principalmente em se tratando do meio hospitalar, local impregnado de forte cultura médica, extremamente resistente a mudanças e inovações, embora, paradoxalmente, aberto às crescentes descobertas científicas.

Assim, considerando o ambiente altamente mutável, seja através de estratégias de avanço ou de sobrevivência, a verdade é que se os recursos são sistematicamente renovados, a gestão deve ser inovadora, sob pena de não extrair dos novos recursos o desempenho tão esperado. Aqui, para que isto ocorra, reside o fato de que *a gestão deva ser estratégica*.

Sobe esta ótica desponta uma vinculação triangulada entre: (1) um contexto ambivalente através de uma cultura médica pouco permeável *versus* um meio altamente mutável, (2) uma gestão que clama por capacidades distintas e dinâmicas (*know-how*), e (3) um conteúdo estratégico que deverá ter a visão do que fazer e porque fazer (*know-what, know-why*).

Ainda sobre o contexto, se pouco é possível fazer no sentido de tornar a “cultura médica” mais sensível às mudanças, é plenamente justificável estudar os fatores capacitantes e obstaculizantes com o intuito de reforçar os primeiros e combater os últimos.

## **8.2 Contribuições Emergentes do Estudo**

As contribuições de ordem geral à gestão estratégica da criação do conhecimento indicadas a partir do estudo realizado, podem, de forma simples, ser divididas em três categorias:

1. A dificuldade de tradução e alinhamento estratégico da alta administração com seus serviços médico-assistenciais, notoriamente detectados pela ausência de divulgação das intenções estratégicas do hospital, impactando sobre a promoção de novos conhecimentos, principalmente os de caráter mais estratégico – *inexistência da participação dos grupos no planejamento estratégico*;



2. A barreira da “cultura médica”, que dificulta o entrosamento entre as várias categorias de profissionais no ambiente hospitalar, embora não tenha surgido de modo expressivo durante as entrevistas com outros profissionais;
3. Uma visão ainda pobre sobre o papel da tecnologia da informação na gestão da criação do conhecimento, ficando aquém da perspectiva ideal de “processo” no qual é entendido apenas como um fator que facilita o acesso, estoque e transmissão do conhecimento.

Além dessas três, seria oportuno lembrar de uma quarta contribuição de ordem mais geral que o estudo pode construir: há escasso material que versa sobre a gestão do conhecimento nas organizações hospitalares em nível nacional. Praticamente nada é encontrado na literatura especializada com este enfoque. Tal situação foi sentida como um dos limitantes enfrentados pelo pesquisador, não restando alternativas para que então se adaptasse as teorias existentes desenvolvidas em outros cenários empresariais ao setor da saúde.

A primeira contribuição emergente relativa à descoberta do pouco alinhamento estratégico com as forças operacionais de trabalho médico dispensa maiores comentários uma vez que já foram feitos ao longo da obra.

A terceira contribuição emergente, sobre o papel incompleto da tecnologia da informação, representando uma barreira ao fluxo da gestão da criação do conhecimento, significa que cria condições apenas parciais ao aprofundamento da promoção do conhecimento e, em decorrência, não auxilia de modo eficaz no desenvolvimento de capital intelectual e competências gerenciais distintas (ALAVI e LEIDNER, 2001).

No entanto, neste momento final do estudo, cabe discutir algumas considerações sobre a “cultura médica”, assumindo como pressuposto que ela poderia ser observada do ponto de vista de barreira à gestão da criação e difusão do conhecimento.

A importância dos estudos de organizações complexas, com ênfase na necessidade da compreensão dos fenômenos relacionados ao poder e cultura organizacional através de temas de pesquisa, fez com que Fischer *in* Fischer (1996) comentasse o esforço havido nos últimos anos em desenvolver teorias e métodos, assim como de facilitar o diálogo entre vários autores, que favorecessem o surgimento mais adequado de novas conceituações, categorias analíticas e técnicas investigativas para apreender o objeto de pesquisa.

Conforme define Maanen *in* Flerury e Fischer (1996, p. 45),

**“a socialização organizacional ou ‘processamento de pessoas’, refere-se à maneira pela qual as experiências de aprendizagem de pessoas que assumem novos cargos, *status*, ou papéis nas organizações são estruturadas por outras pessoas dentro da organização”.**

Dentre as várias maneiras formais e informais praticadas, os programas de integração, orientação e treinamento, são modelos de aprendizagem social definidos para integrar as pessoas. Entretanto, o médico ao iniciar seu trabalho em um hospital, ou mesmo após algum tempo já internando e assistindo pacientes naquele nosocomio, pode fazê-lo de modo indiferente a qualquer modelo de aprendizagem social definido para integrá-lo.

O médico para ingressar em um hospital privado e exercer suas atividades, freqüentemente utiliza seu prestígio como profissional ou submete seu currículo à apreciação de uma comissão de credenciamento. Uma vez ultrapassada esta etapa é considerado apto a trabalhar no hospital. A sua inserção social se dá, quando muito, através da definição de uma senha que lhe habilita acessos formais e algumas apresentações fortuitas a elementos da administração, supervisão e colegas. Estabelece sua rotina individual de trabalho e a insere na organização, não sabendo entretanto, se os seus objetivos estão alinhados a ela. Trata-se, pois, de uma cultura individualista e por vezes egocêntrica, onde tudo deve girar ao redor.

No entanto, não se deve confundir a necessidade do médico em tomar ciência dos diferentes processos institucionalizados para melhor executar suas atividades, com a sua socialização no hospital. Credenciar-se num hospital, saber como proceder para realizar uma prescrição ou solicitar um exame, são procedimentos que, *a priori*, não tem a intenção ou não são utilizados como meios para a socialização do médico. São vistos unicamente sob o caráter técnico.

Pode-se aqui estabelecer uma fronteira entre o entendimento do que sejam atividades inseridas no contexto da socialização do médico no hospital e suas atividades profissionais institucionais. Sem o consenso sobre tais atividades o processo de socialização corre o risco de permanecer sem sentido. Se porventura houvesse um modelo de socialização do médico no hospital, que resultados deveriam ser alcançados? Para melhor responder seria interessante, primeiro, saber que atividades médicas seriam consideradas como de caráter sócio-científicas, para, *a posteriori*, vinculá-las às estratégias do hospital.

Uma aliança estratégica entre hospital e médicos pode assumir um caráter de mudança de comportamento principalmente por parte dos últimos. Segundo Maanen *in* Flerury e Fischer (1996, p. 68),

**“O delineamento de propostas de mudanças, muitas vezes, assume a configuração de modelos incompatíveis com o modo de ser da cultura da organização, e as transformações inofensivas, ou aparentemente desejadas pelos agentes organizacionais, são violentamente rechaçadas sem que se identifique o fator incongruente, que originou o conflito e a resistência.”**

O mesmo autor chama atenção para o cuidado de não se culpar simplesmente os grupos conservadores como entidades de reação às mudanças, provocando no pesquisador uma reflexão sobre os padrões culturais da organização como sendo as prováveis causas obstaculizantes que devem ser investigadas.

Schein (1993) explica que os padrões culturais, essência da cultura organizacional, são estruturados a partir de premissas definidoras de valores e comportamentos, que legitimam autoridades, mantêm mitos e símbolos, e que fortalecem a coesão através de sistemas de poder e comunicação.

Neste contexto, Maanen *in* Flerury e Fischer (1996, p. 68) comenta que as premissas que definem os padrões culturais, caracterizando-se como “forças propulsoras” e são aquelas que **“efetivamente se mostraram eficazes para manter, resguardar e engrandecer a organização (...) para o futuro compartilhado daqueles que a elas pertencem”**. E mais, **“são acatadas e defendidas de quaisquer dúvidas e críticas (...) a ponto de os grupos operarem com estas premissas, sem se aperceberem conscientemente de que elas estão na base de suas ações e decisões”**.

Fechando a discussão, Maanen *in* Flerury e Fischer (1996, p. 68) observa que é importante atentar profundamente à questão da resistência à mudança:

**“porque se as premissas básicas da cultura da organização permanecem válidas, ou suficientemente internalizadas, mesmo as propostas de (...) prioridade estratégica não se viabilizam”**.

Os médicos, ao se organizarem como corpo clínico de um hospital através de serviços médico-assistenciais se comportam socialmente de forma a exercitar seus padrões culturais, através de ritos e símbolos, estabelecendo uma espécie de “divisor de águas” nítido para com a organização hospitalar no seu todo. Mas esta é apenas uma das duas faces de relação dos médicos. A outra se relaciona com os pacientes e familiares, representando um comportamento mais específico. Estas questões ressaltam a importância do conhecimento dos padrões culturais dos médicos uma vez que determinam o resultado do desempenho social da categoria.

Dessa consideração é óbvio que o acesso a informações que descrevam o padrão cultural dos médicos não é fácil. Tanto na interface com o hospital, quanto na interface com pacientes e familiares, a restrição poderá ser consequência da necessidade de proteger a organização médica de um diagnóstico mais íntimo.

Selznick (1972), comentando sobre a “certa pobreza” que encerra o termo *organização*, observa que o seu elemento mais “óbvio e surpreendente” é o sistema formal de regras, que através de normas e procedimentos são estabelecidos para, tecnicamente, “como um exercício de engenharia”, mobilizar as pessoas em busca de finalidades. Já uma *instituição*, diferencia-se pelo fato de ser consequência natural de pressões e necessidades sociais, transformando-se num organismo adaptável, estando relacionada às circunstâncias que escapam ao tratamento dado pela simples estrutura da organização administrativa. A instituição estaria estruturada no sistema informal emanado das especificidades das pessoas, seus problemas e interesses.

Selznick (1972) argumenta que as organizações se transformam em instituições quando são “infundidas de valor”, ou seja, quando se comportam como “fontes de gratificação pessoal direta e veículos de integridade de um grupo”, que determinam uma identidade distintiva que transcende os planos comuns de análise baseados em simples instrumentos formais. Esta análise de instituição é o estudo da formação do caráter organizacional, consequência, ao longo do tempo, da relação entre o sistema formal e impessoal regido por cargos, técnicas e razão (organização), e condicionado pela reação da interação das pessoas e grupos. Em decorrência, é criada uma padronização que, além de ser histórica porque reflete a trajetória daquela organização, e ser funcional pois serve para adaptá-la ao seu ambiente interno e externo, é também dinâmica, uma vez que favorece o surgimento de novas forças através de grupos e pessoas com interesses funcionais e políticos específicos.

Diante destas considerações, mais uma vez o trabalho com protocolos médico-assistenciais parece marcar como sendo um importante instrumento gerencial estratégico de institucionalização dos conhecimentos.

Levando em consideração todas estas circunstâncias que permeiam a questão da cultura médica como elemento de dificuldades no relacionamento com os outros vários profissionais que transitam pelo ambiente hospitalar, pode-se inferir que a troca e geração de conhecimentos não flui, obrigatoriamente, de maneira harmônica e espontânea, desafiando a gestão no sentido de estimular maneiras de ultrapassar os obstáculos inerentes à formação social do médico.

Departamentos de RH poderiam desenvolver programas que quebrassem essas barreiras e envolvessem o médico em atitudes sócio-científicas.

A percepção do pesquisador quanto a isto é a de que a necessidade do desenvolvimento de uma linguagem uniforme e legitimada (codificada e articulada) entre todos os profissionais, mas principalmente por parte de enfermeiros (maior contingente de profissionais envolvidos) e residentes, é quem faz o papel de união entre todos e mantém o respeito à liderança médica.

### **8.3 Contribuições Específicas do Estudo e as Fontes Trianguladas de Evidências**

Conforme comentado no capítulo seis, referente à metodologia da pesquisa, **“o uso de várias fontes de evidência nos estudos de caso permite que o pesquisador dedique-se a uma ampla diversidade de questões históricas, comportamentais e de atitudes”** (YIN, 2001, p. 121). Em decorrência, a principal vantagem é o desenvolvimento de *linhas convergentes de investigação* – processo de triangulação. Assim, qualquer descoberta torna-se mais convincente, acurada e robusta, quando se baseia em várias fontes diferentes de dados ou informações. Com isto estará reforçada a validade dos construtos, pois várias avaliações (fontes diversas) se referem ao mesmo fenômeno.

De modo geral, há quatro tipos de triangulação (YIN, 2001): (1) de fontes de dados; (2) entre avaliadores diferentes; (3) de perspectivas sobre o mesmo conjunto de dados; e (4) de métodos.

Desses quatro tipos, durante a pesquisa de campo através das entrevistas não estruturadas, por meio do acesso a documentos relativos ao processo de produção dos

protocolos médico-assistenciais e de observações diretas como participante, percebeu-se três tipos de triangulação obtidos das fontes de evidência:

#### 1. Triangulação de dados (informações):

Sem sombra de dúvidas, a convergência de evidências reunidas sobre o tema “linguagem uniforme e legitimada” obteve grande destaque na pesquisa de campo efetuada. A necessidade de uma linguagem uniforme e legitimada foi evocada pelas informações fornecidas pelos entrevistados durante a pesquisa sobre:

- a. A criação de contexto capacitante através de linguagem uniforme e legitimada pela construção de protocolos médico-assistenciais;
- b. O compartilhamento de idéias voltadas à padronização dos processos de trabalho;
- c. A importância das comunidades de prática nesse ambiente.

Poder-se-ia triangular estas três fontes de evidência observando, ao final, que *uma linguagem uniforme e legitimada, predispõe a capacitação de um contexto mais criativo ao conhecimento, favorecendo o compartilhamento dos processos de trabalho em meio ao desenvolvimento de comunidades de prática*. Abordando de forma diferente, porém convergindo para o mesmo resultado, poder-se-ia triangular as evidências e observar suas íntimas relações para a elaboração da linguagem uniforme e legitimada: *a funcionalidade das equipes produtoras de protocolos médico-assistenciais à semelhança das comunidades de prática, compartilha idéias sobre processos e objetivos ao trabalhar com protocolos médico-assistenciais, resultando em uma linguagem codificada e articulada pela organização – fator fundamental de capacitação gerencial estratégica e formador do conteúdo estratégico dos conhecimentos gerados*.

#### 2. Triangulação de teorias relacionadas às barreiras:

A triangulação de teorias diz respeito às perspectivas sobre o mesmo conjunto de informações obtidas da pesquisa.

Sobre esta consideração poder-se-ia relacionar três teorias relativas às barreiras e tensões à gestão estratégica da criação do conhecimento que obtiveram praticamente o mesmo teor de respostas:

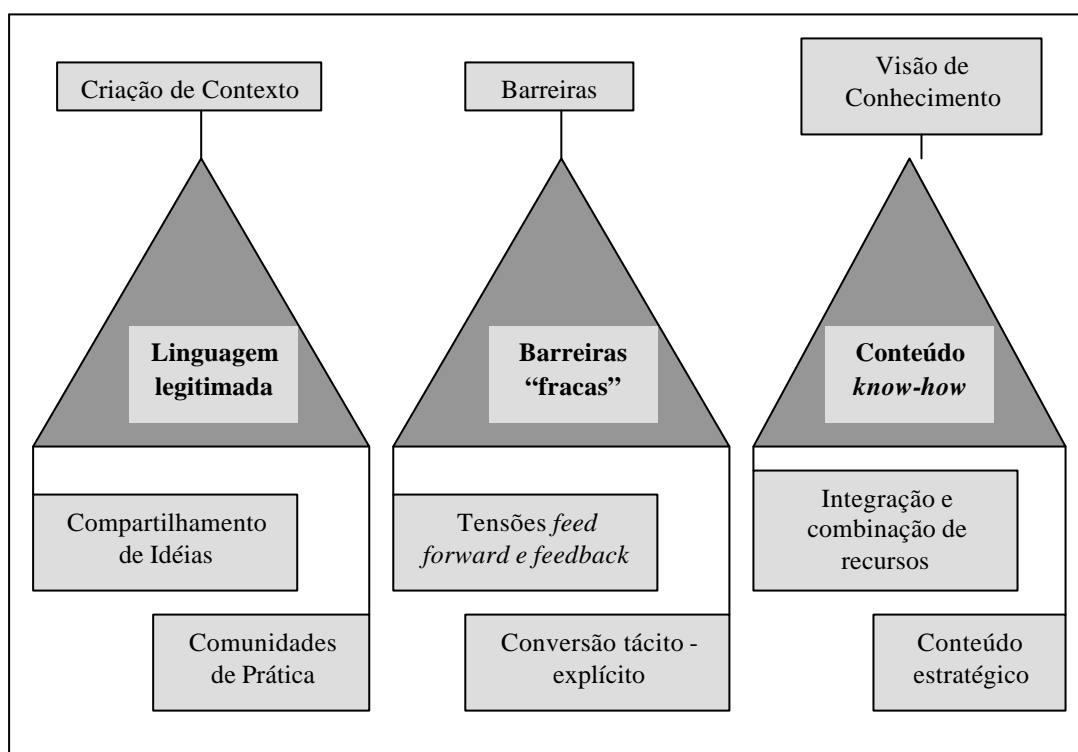
- a. As barreiras das histórias de sucesso, procedimentos e paradigmas;
- b. As tensões *feed forward* e *feedback*;
- c. As dificuldades quanto à conversão do conhecimento tácito para explícito.

Todas as teorias sobre barreiras e tensões aplicáveis às organizações hospitalares investigadas mostraram-se refutáveis sob certo aspecto, pois a pesquisa não evidenciou que existissem de modo relevante.

3. Triangulação de teorias relacionadas ao desenvolvimento do conteúdo estratégico tipo *know-how*:

Desta triangulação fazem parte as teorias sobre a importância da incitação da *visão sobre a criação de conhecimentos*; a *integração e combinação dos recursos de desempenho superior*, com a idéia de torná-los mais estratégicos a partir de capacidades gerenciais dinâmicas; e assim desenvolver *conteúdos estratégicos tipo know-how*. Estes três elementos triangulados convergem para a promoção de uma **competência gerencial distinta**.

A Figura 7 ilustra os três tipos de triangulação.



**Figura 7: Ilustração esquemática das triangulações inferidas** (Fonte: Autor da pesquisa)

Quanto a contribuições de ordem específica, os dados obtidos da pesquisa junto aos entrevistados evidenciaram que as barreiras, tensões e dificuldades presumidas não se mostraram significativas quanto à criação de novos conhecimentos. As resistências por parte dos profissionais, principalmente dos médicos, foram tão-só iniciais e em hospitais privados. Mostrou-se mais forte no hospital do interior.

*Com isto se quer demonstrar que através de teorias diferentes, porém complementares, a apuração de um mesmo fato para as três, confere intensa veracidade ao que realmente ocorre. Ou seja, um baixo grau de resistência por parte dos médicos às inovações e renovações de conhecimento através da produção de protocolos médico-assistenciais.*

Então, tanto a **necessidade de linguagem uniforme e legitimada**, quanto **baixa resistência aos novos conhecimentos**, são contribuições extraídas da pesquisa extremamente importantes para que as capacidades gerenciais dêem a devida importância estratégica e promovam ações direcionadas.



Os Quadros 20 e 21 resumem as informações mais frequentes obtidas da pesquisa e inferidas pelo pesquisador caracterizando uma visão sistêmica das respostas. Junto a eles, atribui-se valores quantificados “em sinais de mais” (+) em uma escala de 1+ (menor intensidade) até 5+ (maior intensidade). Houve um construto relacionado a uma barreira que não obteve nenhuma intensidade, sendo-lhe então atribuído o sinal menos (-).

A atribuição de valores deveu-se à tentativa de mensurar a intensidade dos vários construtos das variáveis pesquisadas e estudadas. Esta atitude, embora se sabendo o risco da subjetividade do pesquisador, tornou mais compreensível a atividade de definir os pontos fortes e fracos da gestão estratégica da criação do conhecimento como um todo nos hospitais pesquisados, assim como enumerar ameaças e oportunidades de ordem geral.

<b>Contexto Capacitante</b>	<b>Barreiras</b>
Instilar visão do conhecimento (++)	Necessidade de legitimação de linguagem (-)
Gerenciar conversas (+)	Histórias de sucesso (+)
Mobilizar ativistas (+)	Problema dos procedimentos (+)
Criar contexto capacitante (+++)	Problemas dos paradigmas (+)
Globalizar conhecimento (++)	Tensões de aprendizagem feed forward e feedback (+)
Compartilhamento de idéias (++)	Dificuldades de conversão de conhecimento tácito para explícito: protocolos clínicos (+)
Aprendizagem organizacional (++)	Dificuldades de conversão de conhecimento tácito para explícito: protocolos cirúrgicos (++++)
Espiral de conversão do conhecimento (++)	Ausência da tecnologia de informação no processo de aprofundamento, codificação e difusão da criação do conhecimento. (+++)
Comunidades de prática (++++)	

**Quadro 20: Escala de intensidade dos fatores capacitantes e das barreiras do contexto organizacional conforme as informações e inferências da pesquisa** (Fonte: Autor da pesquisa)

Destaques sobre o contexto capacitante e as barreiras:

- A “criação do contexto capacitante” através do desenvolvimento de estruturas e atitudes organizacionais que favoreçam a criação do conhecimento (espaços físicos, relacionamentos sólidos, formação de equipes de produção de protocolos médico-assistenciais, redes de tecnologia de informação em alguns locais, etc), foi considerado o fator de maior impacto sobre o contexto organizacional dos demais fatores observados por Von Krogh, Ichijo e Nonaka (2001).
- Entretanto, de todos os fatores pesquisados, as “comunidades de prática” (serviços médicos associados à equipes de produção de protocolos médico-assistenciais) obtiveram a maior pontuação no quesito capacitante do contexto à gestão estratégica da criação do conhecimento.
- Conforme observado em capítulos anteriores, estes dois fatores se confundem ou se complementam como se o contexto dependesse das comunidades de prática. Apenas para lembrar, convém repetir que os mesmos Von Krogh, Ichijo e Nonaka (2001) reconhecem que o conceito de “contexto capacitante” é muito semelhante ao de “comunidades de prática” desenvolvido principalmente por Wenger em 1998.
- A pontuação 1+ atribuídas aos construtos “aprendizagem organizacional” e “espiral de conversão do conhecimento” foi devida ao fato de que apenas alguma resistência à transformação do conhecimento sempre existiu, pelo menos nas etapas iniciais do processo, pouco dificultando o início do compartilhamento de idéias.
- Quanto ao compartilhar idéias, atribuiu-se pontuação de apenas 2+ porque o compartilhamento foi inferido como ocorrendo apenas nos quadrantes I e II do modelo conceitual de Ulrich e Lake (1990). Ou seja, o compartilhamento de idéias se restringe tão-só ao contexto interno da organização, não havendo o compartilhar tipos III e IV com, por exemplo, fornecedores e principalmente com as operadoras dos planos de saúde. A gestão de parcerias apareceu somente relacionada a parcerias com grupos de profissionais internos da organização.
- Entretanto, de todos os elementos capacitantes do contexto à gestão estratégica da criação do conhecimento, um elemento que na teoria aparecia como barreira, emergiu surpreendentemente como o fator mais

importante: *a necessidade do desenvolvimento de linguagem uniforme e legitimada* conforme comentado anteriormente durante a triangulação dos dados.

- As esperadas barreiras e tensões conforme as teorias de Von Krogh, Ichijo e Nonaka; e Crossan, Lane e White, e Nonaka e Takeuchi, respectivamente, pouco se manifestaram.
- Uma barreira emergente surgida foi o pouco apoio por parte da tecnologia de informação. Este construto pode ser inserido na questão das dificuldades de globalização do conhecimento.

<b>Capacidades Gerenciais Dinâmicas</b>	<b>Conteúdo Estratégico do Conhecido Promovido</b>
Identificação e aproveitamento de recursos de desempenho superior (+++)	Conhecimento <i>know-how</i> (+++++)
Estratégias de avanço (+++++)	Conhecimento <i>know-what</i> (+)
Estratégias de sobrevivência (+++)	Conhecimento <i>know-why</i> (+)
Processo estratégico de “gerenciar os processos” (++++)	Gestão de parcerias (-)
Processo estratégico de “posicionamento” (ênfase na tecnologia de informação) (+)	
Processo estratégico dos “caminhos” (+)	

**Quadro 21: Escala de intensidade dos elementos constituintes do processo estratégico gerencial influenciado pelo contexto organizacional**

(Fonte: Autor da pesquisa)

Destaques sobre o processo estratégico influenciado pelo contexto:

- As estratégias de avanço através da produção e renovação dos protocolos médico-assistenciais foram consideradas de extrema relevância principalmente aos hospitais escola de ensino e pesquisa.
- A razoável identificação dos recursos de desempenho superior associada ao compartilhamento de idéias no sentido de todos comungarem o processo de

trabalho ou modo como os procedimentos são realizados facilitando o gerenciamento dos processos, é elemento chave para o desenvolvimento do conteúdo estratégico tipo *know-how* do conhecimento criado.

- Houve fraco desempenho do desenvolvimento de conteúdos estratégicos tipos *know-what* e *know-why* durante a produção dos protocolos médico-assistenciais na gestão estratégica da criação do conhecimento. Ou seja, há uma fraca visão estratégica de mercado pela não utilização dos protocolos como instrumentos de negócio com as operadoras dos planos de saúde por parte dos hospitais pesquisados.
- Esta informação fecha com a ausência de formação de parcerias de gestão.

O Quadro 22, registra sumariamente os pontos fortes e fracos, assim como as oportunidades e ameaças que puderam ser inferidos ao longo do desenvolvimento do estudo, com a plena certeza de que os problemas propostos pela pesquisa foram explorados e que os objetivos do estudo foram alcançados.

O Quadro 22 também auxilia na compreensão da estrutura analítica para estudos de pesquisa da gestão estratégica da criação de conhecimento através da produção de protocolos médico-assistenciais.

Pontos Fortes da Gestão Estratégica da Criação do Conhecimento	Pontos Fracos da Gestão Estratégica da Criação do Conhecimento
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Linguagem uniforme e legitimada.</li> <li>- Equipes de produção dos protocolos médico-assistenciais à semelhança de comunidades de prática.</li> <li>- Compartilhamento de idéias tipos I e II</li> <li>- Conteúdo estratégico do conhecimento gerado tipo <i>know-how</i>.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ausência de tradução e alinhamento estratégico.</li> <li>- Não ao instilamento da visão do conhecimento.</li> <li>- Não ao mobilizar ativistas, gerenciar conversas e globalizar formalmente o conhecimento.</li> <li>- Tecnologia de informação no sentido de codificar e divulgar o conhecimento criado.</li> </ul>
Oportunidades à Gestão Estratégica da Criação do Conhecimento	Ameaças à Gestão Estratégica da Criação do Conhecimento
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Divulgação formal e sistemática do Planejamento Estratégico.</li> <li>- Desenvolvimento de programas de RH para envolver pessoas-chaves na GCC.</li> <li>- Desenvolvimento de softwares para a criação do conhecimento</li> <li>- Desenvolvimento de gestão de parcerias com fornecedores, entidades governamentais e privadas, e operadoras de planos de saúde no sentido de estimular o compartilhamento de idéias tipo III e IV.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Desnutrição” das comunidades de prática.</li> <li>- Ceder (perder) os gestores líderes de construção dos protocolos médico-assistenciais para organizações concorrentes (capacidade gerencial com conteúdo estratégico <i>know-how</i>).</li> </ul>

- Desenvolver capacidades gerenciais com conteúdos estratégicos tipo <i>know-what e know-why</i> . - Desenvolver capacidades gerenciais dinâmicas para integrar e combinar recursos de desempenho superior.	
--	--

**Quadro 22: Pontos fortes, fracos, oportunidades e ameaças inferidos pela pesquisa de gestão da criação do conhecimento** (Fonte: Autor da pesquisa)

#### 8.4 Fatores Limitantes Evidenciados ao Longo da Pesquisa

Todo trabalho de pesquisa na área que envolve relações humanas tende a enfrentar limitantes inerentes ao método investigativo ou de ordem operacional, principalmente onde os fatos são dinâmicos e acontecem constantemente. Afinal, pesquisar elementos de um contexto organizacional e ao mesmo tempo refletir sobre o processo estratégico gerencial que ali ocorre, está longe de ser uma pesquisa experimental que se desenvolve em um cenário facilmente manipulável e ideal ao encontro dos interesses da pesquisa. No entanto este fato pode descortinar outras possibilidades de pesquisas embasadas em processos metodológicos que atentem para fatores menos limitantes, oportunizando novas descobertas e explicações.

Mesmo de forma indireta, em algumas seções do estudo já foram comentados alguns elementos limitantes, entretanto, de modo a concentrá-los, pode-se arrolar os seguintes:

- O impedimento de promover a generalização dos resultados obtidos a outras organizações hospitalares: *Isto pode ser considerado muito mais um limitante ao processo metodológico relacionado às pesquisas qualitativas. Uma forma de minimizar esta dificuldade poderia advir de pesquisas cujos hospitais fossem estratificados segundo sua Missão. Este estudo pesquisou hospitais com diversas missões e responsabilidades sociais, tornando extremamente arriscado uma generalização ampla e irrestrita. Assim, aplicando a pesquisa a grupos mais semelhantes de organizações hospitalares o risco da generalização para aquelas organizações de mesmas características poderia ser reduzido.*
- A dificuldade encontrada pelo pesquisador frente à necessidade de explicar alguns conceitos complexos baseados nas teorias para que o entrevistado

entendesse e respondesse de modo acurado. Qual a certeza de que o entrevistado tenha realmente entendido o que o pesquisador tentou explorar? *Este fato poderia ter colaborado para que um respondente de mesma importância que outro pudesse responder enormemente influenciado pelo seu subjetivismo e vivências. Preocupado com esse problema, talvez uma técnica de pesquisa a ser utilizada, poderia ser a de reunir em único encontro, por exemplo, todos os gestores líderes ou diretores, para um nivelamento conceitual que coibisse grandes dispersões de entendimento e, que desse encontro, fosse apurada uma resposta pertinente a cada cenário institucional.*

- A não investigação sobre o processo estratégico das organizações hospitalares em uma percepção externa à instituição – qual seria a percepção sobre a estratégia das organizações na ótica dos pacientes e das operadoras dos planos de saúde? *Pondere-se disto que a percepção da estratégia dos diretores e gestores líderes (dimensão interna) corre o risco de não estar atendendo as expectativas externas de quem usufrui dos serviços e de quem financia os serviços.*

### **8.5 Sugestão de Estrutura Analítica para Estudos de Pesquisa da Gestão da Criação de Conhecimento através da Produção de Protocolos Médico-Assistenciais**

Como sugestão de estrutura orientadora de trabalho para futuras pesquisas e estudos sobre a gestão estratégica da criação do conhecimento no intuito da produção de protocolos assistenciais como um todo (protocolos médicos, de enfermagem, de nutrição, de fisioterapia e de psicologia), a seguir são enumeradas as atitudes que poderiam ser desenvolvidas no sentido de favorecer e analisar o contexto organizacional, a prática da gestão estratégica e suas interdependências. Esta estrutura é fruto das teorias estudadas e das informações obtidas e inferidas da pesquisa de campo.

- 1) Desenvolver o Planejamento Estratégico envolvendo as lideranças dos serviços médicos organizados e demais lideranças profissionais consideradas estratégicas, sabendo alinhar interesses e traduzir as estratégias.**

- Neste momento seria extremamente oportuno e imprescindível *analisar as tendências de mercado*: dados epidemiológicos sobre a prevalência de doenças, assim como pesquisas sobre novas tecnologias e recursos e modelos assistenciais em fase de experimentação.
  - Esta análise tem o *intuito de prever* (“largar” primeiro que os concorrentes) *os recursos futuros de desempenho superior*, provisionando verbas para a aquisição e elaborando treinamentos para capacitar os profissionais no seu uso. *Crê-se que tais atitudes renovariam os protocolos médico-assistenciais em menor tempo e estimulariam os profissionais a dominar formas adequadas de integrar, combinar e compartilhar os recursos, definindo, precocemente, “posicionamentos” e “caminhos”*.
- 2) **Uma vez que a pesquisa realizada motiva inferir de forma segura “que o estratégico é o gerenciamento dos protocolos médico-assistenciais e não somente a disponibilização dos recursos”, o movimento de alinhar e traduzir as estratégias *facilitaria a instilação da visão da importância da criação do conhecimento, do saber-fazer, nos grupos de produção dos protocolos médico-assistenciais e grupos de trabalho – estímulo às capacidades gerenciais estratégicas, aos três tipos de conteúdos estratégicos (tipos *know-how, know-what e know-why*) e ao desenvolvimento de estratégias de avanço.***
  - 3) ***Envolver os gestores de RH na gestão da criação do conhecimento, esperando que identifiquem e mobilizem ativistas ou lideranças do movimento, que criem espaços e situações para o gerenciamento de conversas que resultem ao máximo na externalização dos conhecimentos.***
  - 4) **Divulgar os novos conhecimentos a todo o corpo clínico, solicitando sugestões e avaliando o grau de adesão – *prevenir barreiras e tensões.***
  - 5) **Estas práticas estariam colaborando para a *legitimação (nutrição) das comunidades de prática, formadas por profissionais da produção de protocolos médico-assistenciais e de soluções assistenciais.***
  - 6) **Uma vez legitimando as comunidades de prática (serviços médicos integrados a equipes de produção de protocolos médico-assistenciais), tornar-se-ia *favorável o compartilhamento de idéias voltadas aos***

*processos de trabalho, objetivos e metas (compartilhamentos tipos I e II).*

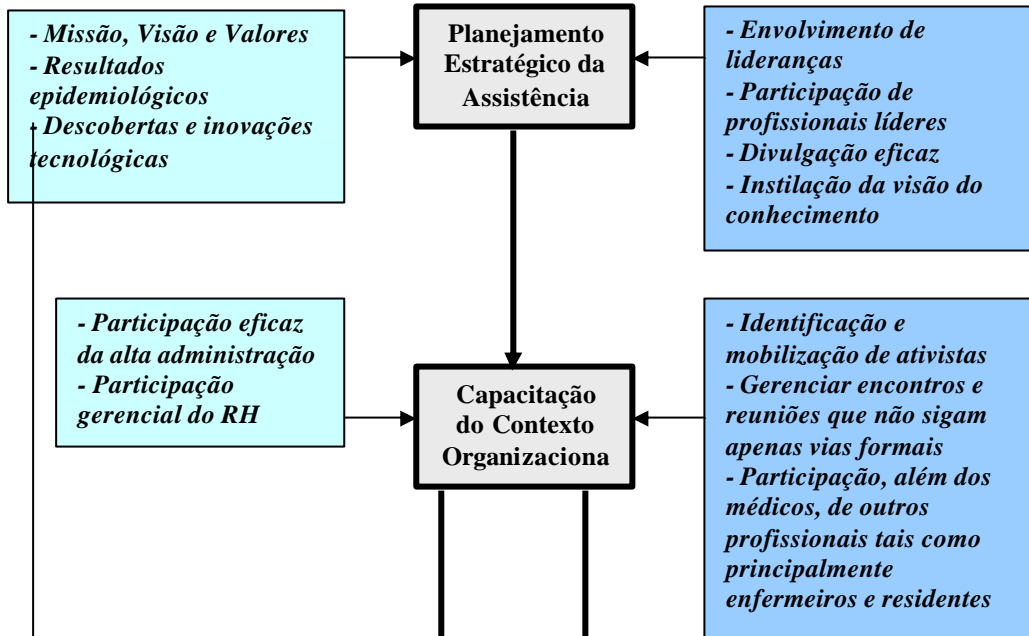
- 7) Neste momento é de suma importância ou condição *sine-qua-non*, convidar os enfermeiros e demais profissionais para participarem da produção do conhecimento.
  - A pesquisa evidenciou que a necessidade da uniformização e legitimação da linguagem passa, obrigatoriamente, pela participação desses profissionais. *É importante ressaltar que os enfermeiros, além de constituírem grupos de profissionais bem mais numerosos que os médicos no dia-a-dia da vida do hospital, permanecendo mais tempo junto aos pacientes, são quem necessita fundamentalmente da legitimação da linguagem. Como são um número significativo de profissionais, a articulação e difusão do conhecimento criado tornar-se-ia teoricamente mais fácil.*
- 8) Fazer da tecnologia da informação não apenas um mero meio de estocar conhecimento, mas *incentivar que se torne definitivamente um fator de aprofundamento, codificação e articulação do conhecimento criado.*
- 9) *Reter os gestores líderes com capacitação gerencial estratégica, sob pena de correr o risco de perdê-lo para algum concorrente e replicar o know-how da produção de protocolos médico-assistenciais em outros ambientes.*
- 10) *Por fim, liderar a alta administração no sentido de compartilhar idéias, soluções e riscos com as operadoras dos planos de saúde (compartilhar tipos III e IV). Ou seja, estabelecer parcerias estratégicas de gestão.*

A Figura 8 é uma sugestão de estrutura analítica para futuros estudos de pesquisa da gestão estratégica da criação de conhecimento através da produção de protocolos médico-assistenciais apresentada de forma esquemática a partir dos resultados do estudo.

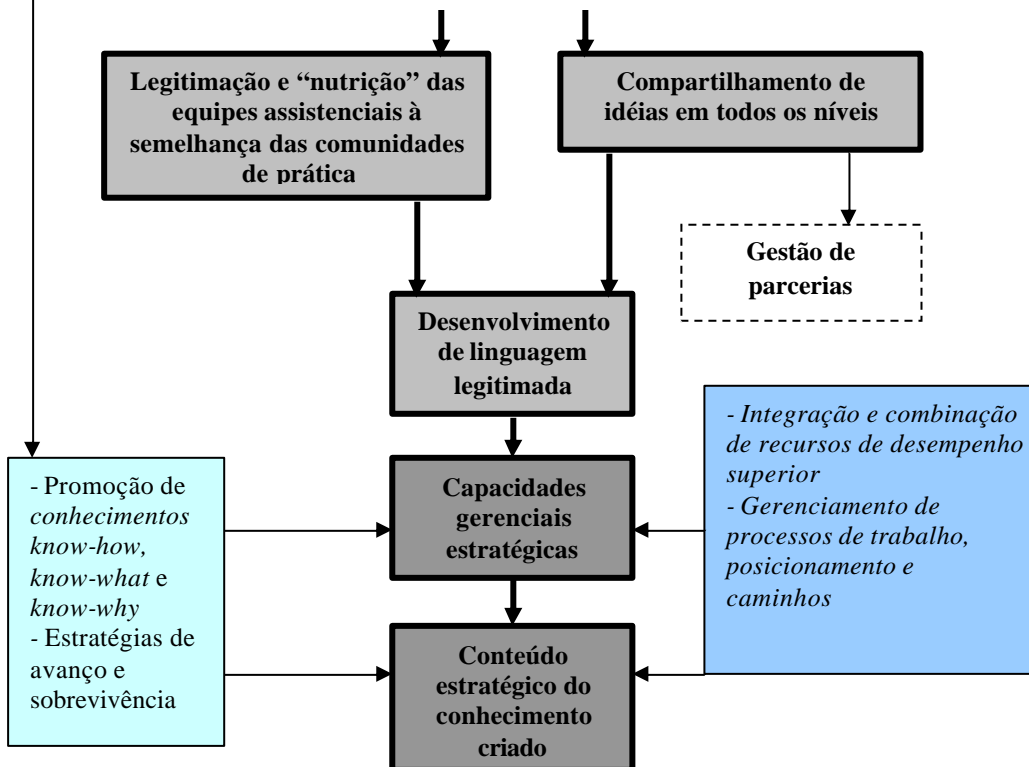
Pode-se também, considerar que esta estrutura sirva de escopo a um projeto de elaboração de um programa de gestão estratégica da criação do conhecimento, utilizando a produção de protocolos médico-assistenciais como modelo.



## DIMENSÃO CAPACITAÇÃO ORGANIZACIONAL DO CONTEXTO



## DIMENSÃO PROCESSO GERENCIAL



**Figura 8: Sugestão de estrutura analítica em forma de esquema para futuros estudos sobre a gestão estratégica da criação de conhecimento através da produção de protocolos médico-assistenciais (Fonte: Autor da pesquisa)**

### **8.6 Sugestão a Estudos Futuros de Pesquisa da Gestão do Conhecimento na Área da Saúde**

Apoiado nas teorias utilizadas, nas informações obtidas através da pesquisa de campo, em inferências, percepções e reflexões, foi possível eleger os fatores mais importantes relacionados ao contexto organizacional assim como ao processo gerencial estratégico. Paralelamente, foi possível identificar elementos emergentes de grandeza não menos significativa, que se mostraram de extrema valia ao longo do estudo com a respeito a tornar o contexto da gestão estratégica da criação do conhecimento mais determinante de sucesso às organizações hospitalares.

Entretanto, este momento é oportuno para indicar novas pesquisas e estudos sobre a gestão do conhecimento como um todo, direcionados às organizações da área da saúde. Estas novas pesquisas e estudos viriam, entre outros objetivos, a complementar o trabalho desenvolvido.

As sugestões para futuros estudos de pesquisa sobre o tema da gestão do conhecimento nas organizações hospitalares poderiam ser:

- **Qual a percepção das operadoras dos planos de saúde sobre a gestão estratégica do conhecimento naqueles prestadores que trabalham com protocolos médico-assistenciais, no sentido de obter uma avaliação da dimensão externa das estratégias desenvolvidas.**
- **No seguimento a essa primeira sugestão, explorar o comportamento de uma governança clínica que desenvolvesse formas de cooperação entre as diferentes cadeias de interesses (desenvolvimento de gestão de parcerias).**
- **Explorar de que forma os departamentos de RH hospitalares poderiam trabalhar a cultura médica no sentido de, definitivamente, sensibilizá-la à adesão dos protocolos médico-assistenciais (embora esta não tenha se**

constituído em uma barreira significativa nas organizações pesquisadas).

- Desenvolver indicadores e sistemas de avaliação próprios de uma gestão eficaz do conhecimento.
- Este estudo concentrou seu interesse tão-só na criação do conhecimento através da construção de protocolos médico-assistenciais, deixando amplo espaço para a exploração do comportamento organizacional durante a implementação desses protocolos.
- Replicar este estudo em outras organizações regionais supondo a ocorrência dos mesmos resultados no sentido de desenvolver algumas generalizações a todas as organizações hospitalares - lógica da validação externa diretamente relacionada à replicação e não a amostragem (YIN, 2001).
- E, por fim, o desenvolvimento de estudos e pesquisas que proponham e sustentem projetos de programas de gestão do conhecimento nas organizações hospitalares.

## 9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, AL.; SELEME, A; RODRIGUES, L.H.; SOUTO, R. Pensamento sistêmico – caderno de campo: o desafio da mudança sustentada nas organizações e na sociedade. Artmed: Porto Alegre, 2006.

ALAVI, M.; LEIDNER, D. Review: Knowledge Management and Knowledge Management Systems: Conceptual Foundations and Research Issues. *MIS Quarterly*, 2001; vol. 25; n° 1; p. 107-136.

ALBRECHT, K. Revolução nos serviços: como as empresas podem revolucionar a maneira de tratar os seus clientes. 7ª reimp. da 1ª ed. São Paulo: Pioneira Thomson, 1992.

ANTONELLO, C.S. A metamorfose da aprendizagem organizacional: uma revisão crítica. In RUAS, R.; ANTONELLO, C.S.; BOFF, L.H. e cols.. *Os novos horizontes da gestão: aprendizagem organizacional e competências*. Porto Alegre: Bookman, 2005 – Capítulo 1.

ARMISTEAD, C. Knowledge management and process performance. *Journal of Knowledge Management*, 1999; vol. 3; n° 2; p. 143-154.

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

BASSAN, R. Unidades de dor torácica: uma forma moderna de manejo de pacientes com dor torácica na sala de emergência. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 79, n. 2, p. 196-202, 2002.

BENTO, A.M. Diretrizes clínicas do hospital Sírio-Libanês: normatização de condutas para exames diagnósticos e terapêuticos eletivos em hemodinâmica, 2006. Disponível na website: <http://www.hospitalsiriolibanes.com.br>. Arquivo acessado em 23/01/2007.

BERWICK, D. A primer on leading the improvement of systems. *BMJ*, v. 132, p. 619-622, 1996.

BITENCOURT, C.C. Gestão de competências e aprendizagem nas organizações. Porto Alegre: Unisinos, 2005.

BLACKLER, F. Knowledge, knowledge work and organizations: an overview and interpretation. *Organizations Studies*, v. 16, p. 1021-1046, 1995.

BOTERF, GL. Desenvolvendo a competência dos profissionais. Porto Alegre: Bookman, 2003.

BOSI, M.L.M.; MERCADO-MARTINEZ, F.J. Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Rio de Janeiro: Vozes, 2004.

BUJAK, J. How to Improve Hospital-Physician Relationships. *Physician Executive*, v. 28, nº 1, p. 22 – 25, 2002.

COFFEY, R. J.; RICHARDS, J. S.; REMMERT, C. S.; LEROY, S. S.; SCHOVILLE, R. R.; BALDWIN, P. J. An introduction to critical paths. *Quality Management in Health Care*, v. 1, p. 46-55, 2005.

COOK, D. J.; MONTORI, V. M.; MCMULLIN, J. P.; FINFER, S. R.; ROCKER, G. M. Improving patients' safety locally: changing clinician behaviour. *Lancet*, v. 363, p. 1224-1130, 2004.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Manual técnico disciplinar. 4ª ed. Porto Alegre, 2006.

CROSSAN, M; LANE, H; WHITE, R. An organizational learning framework: from intuition to institution. *Academy of Management*, 1999.

DAVENPORT, T. H.; PRUSAK, L.. Conhecimento empresarial. 9ª ed. São Paulo: Elsevier, 1998.

D'AUNNO, T.; ZUCKERMAN, H. The emergence of hospital federations: an integration of perspectives from organizational theory. *Medical Care Review*, v. 44, p. 323-343, 1987.

DUTRA DE LARA, C.R. A atual gestão do conhecimento: a importância de avaliar e identificar o capital humano nas organizações. São Paulo: Nobel, 2003

DRUMMOND, J. P.; SILVA, E.; COUTINHO, M. Medicina baseada em evidências: novo paradigma assistencial e pedagógico. 2ª ed. São Paulo: Atheneu, 2002.

EDMONDSON, A.; BOHMER, R. Learning in health care. *Health Forum Journal*, march/april, p. 32-35, 2001.

ETHRIDGE, P.; LAMB, G. S. Professional nursing case management improves quality, access and costs. *Nurses Manager*, v. 20, p. 30-35, 1989.

Evidence-based medicine Working Group. Evidence-based medicine. *JAMA*, v. 268(17), p. 242-255, 1992.

FIGUEIREDO, S.P. Gestão do Conhecimento: estratégias competitivas para a criação e mobilização do conhecimento na empresa. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2005.

FLEURY, M.T.L.; FISCHER, R.M. Cultura e poder nas organizações. 2ª ed. São Paulo: Atlas, 1996.

GRANT, R. M. The resource-based theory of competitive advantage: implications for strategy formulation. *California Management Review*, v. 33, n. 3, p. 114-135, 1991.

GUPTILL, J. Knowledge management in health care. *J Health Care Finance*, v. 31, p. 10-14, 2005.

HAMEL, G.; PRAHALAD, C. K. Competindo pelo futuro: estratégias inovadoras para obter o controle de seu setor e criar mercados de amanhã. 6ª ed. Rio de Janeiro: Campus, 1998.

HANSEN, M. T.; NOHRIA, N.; TIERNEY, T. What's your strategy for managing knowledge? *Harvard Business Review*, v. 77, p. 106 -116, 1999.

HERNANDEZ, R. S.; KALUZNY, A. D. Organizational innovation and change. In SHORTELL, S. M.; KALUZNY, A. D. *Essentials of health care management*. New York: Library of Congress Cataloging-in-Publications Data, 1997 – Capítulo 12.

HERZOG, L.T. Aproximación a la ventaja competitiva con base en los recursos. *Boletín de Estudios Económicos*, v. 56, n. 172, p. 5-21, 2001.

LAVERDE, G.P. Responsabilidade gerencial. In LONDOÑO, M.; MORERA, G.; LAVERDE, G.P. *Administração hospitalar*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003 – Capítulo 4.

LEITE, J.B.D.; PORSSSE, MC.S. Competição baseada em competências e aprendizagem organizacional: em busca da vantagem competitiva. In RUAS, R.; ANTONELLO, C.S.; BOFF, L.H. e cols.. *Os novos horizontes da gestão: aprendizagem organizacional e competências*. Porto Alegre: Bookman, 2005 Capítulo 3.

LEONARD-BARTON, D. The factory as a learning laboratory. *Sloan Management Review*, v. 34, p. 23-38, 1992.

LOHR, K.; SCHROEDER, S. A strategy for quality assurance in medicare. *New Eng J Med*, v. 322, p. 1161-1171, 1999.

LUKE, R.D.; BEGUN, J.W. Strategy making in health care organizations. In SHORTELL, S. M.; KALUZNY, A. D. *Essentials of health care management*. New York: Library of Congress Cataloging-in-Publications Data, 1997 – Capítulo 14.

MAANEN, J.V. Processando pessoas – estratégias de socialização organizacional. In FLEURY, M.T.L.; FISCHER, R.M. *Cultura e poder nas organizações*. 2ª ed. São Paulo: Atlas, 1996 – Parte 1.

MALHOTRA, Y. Knowledge management technologies in organizational business processes: getting real time enterprise to deliver real business performance. *Journal of Knowledge Management*, v. 9, p. 7-28, 2005.

MARCONI, MA.; LAKATOS, E.M. Metodologia do trabalho científico: procedimentos básicos; pesquisa bibliográfica, projeto e relatório; publicações e trabalhos científicos. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2001.

MINTZBERG, H. The rise and fall of strategic planning. Nova York: Free Press, 1994.

MINTZBERG, H.; AHLSTRAND, B.; LAMPEL, J. Safári de estratégia. Porto Alegre: Bookman, 2000.

MORATH, J. Changing the healthcare culture: the consumer as part of the system of care. *Frontiers*, v. 19, p. 17-28, 2003.

MÜLLER, F. Information has no intrinsic value. Brisbane: Austrália, 2000. Disponível em website: <http://www.sveiby.com.au/BookContents.html>. Arquivo acessado em 18/08/2006.

NONAKA, I; TAKEUCHI, H Criação de conhecimento na empresa: como as empresas japonesas geram a dinâmica da inovação. 14ª ed. Rio de Janeiro: Campus, 1997

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. A transformação da gestão de hospitais na América Latina e Caribe. Brasília: OPAS/OMS, 2004.

PARKER, RA.; REA, L.M. Metodologia de pesquisa: do planejamento à execução. São Paulo: Pioneira, 2000.

PORTER, M.E. Vantagem competitiva: criando e sustentando um desempenho superior. 28ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 1989.

PRAHALAD, C. K.; HAMEL, G. The core competence of the corporation. *Harvard Business Review*, v. 68, p. 79-82, 1990.



PROVONOST, P. P.; NOLAN, T.; ZEGWE, S.; MILLER, M.; RUBIN, H. How can clinicians measure safety and quality in acute care. *Lancet*, v. 363, p.1061-1067, 2004.

QUINN, R.; THOMPSON, M.; FAERMAN, S.; McGRATH, M. Competências gerenciais: princípios e aplicações. 3a ed. São Paulo: Elsevier, 2004.

REED, M. Teorização organizacional: um campo historicamente contestado. In: CLEGG, S.; HARDY, C.; NORD, W. (Orgs.). *Handbook de estudos organizacionais.* São Paulo: Atlas, v. 1, p. 61-98, 1999 – Capítulo 1.

ROESCH, S.M.A. Projetos de estágio e de pesquisa em administração. 2ª ed. São Paulo: Atlas, 1999.

RUAS, R. Gestão por competências: uma contribuição à estratégia das organizações. In RUAS, R.; ANTONELLO, C.S.; BOFF, L.H. e cols.. *Os novos horizontes da gestão: aprendizagem organizacional e competências.* Porto Alegre: Bookman, 2005 – Capítulo 2.

SACKETT, D. Medicina baseada em evidências: prática e ensino. 2ª ed. São Paulo: Artmed, 2003.

SANCHEZ, R; HEENE, A. Strategic learning and knowledge management. Chichester: SMS, 1997.

SANTIAGO JR, José Renato Sátiro. Gestão do conhecimento: a chave para o sucesso empresarial. São Paulo: Novatec, 2004.

SCHEIN, E. On dialogue, culture and organizational learning. *Organizational Dynamics*, v. 22, n. 2, p. 40-51, 1993.

SELZNICK, P. A liderança na administração: uma interpretação sociológica. Rio de Janeiro: FGV, 1972.

SEWELL, N. Continuous quality improvement in acute health care, creating a holistic and integrated approach. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, v. 10, p. 20-26, 1997.

SKYRME, D. Knowledge Briefings Overviews. *Journal of Knowledge Management*, v. 3, p. 262-275, 2003. Disponível em website: <http://www.skyrme.com/kshopo/kbriefs.htm>. Arquivo acessado em 25/08/2006.

SOLOMON, R. “Don’t forget your responsibilities as practice’s CEO”. *American Medical News*, v. 35, p. 26-28, 1996.

SVEIBY, K. A nova riqueza das organizações: gerenciando e avaliando patrimônios de conhecimentos. Rio de Janeiro: Campus, 1998.

STEWART, T.A. Capital Intelectual: a nova vantagem competitiva das empresas. 14ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 1998.

TEECE, D; PISANO, G; SHUEN, A. Dynamic capabilities and strategy management. In FOSS, N. *Resources firms and strategies*. New York: Oxford University Press, 1997.

TERRA, J.C.C. Gestão do conhecimento: aspectos conceituais e estudo exploratório sobre as práticas de empresas brasileiras. *Tese de Doutorado em Engenharia de produção*. Escola Politécnica da Universidade de São Paulo, 1999.

ULRICH, D.; LAKE, D. Organizational capability. New York: John Wiley & Sons, 1990.

VIEIRA, M.M.F. Por uma boa pesquisa (qualitativa) em administração. In VIEIRA, M. M.F.; ZOUAIN, D.M. *Pesquisa qualitativa em administração*. 2º ed. Rio de Janeiro: FGV, 2006. Capítulo 1.

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

VON KROGH, G.; ROSS, J; SLOCUM, K. An essay on corporate epistemology. *Strategic Management Journal*, v. 15, p. 53-72, 1994. Special Issue.

ZAJAC, E.; D'AUNNO, T. Managing strategic alliances. In SHORTELL, S. M.; KALUZNY, A. D. *Essentials of health care management*. Library of Congress Cataloging-in-Publications Data, 1997 – Capítulo 11.

ZACK, M. H. Managing codified knowledge. *Sloan Management Review*, v. 40, p. 45-58, 1999.

ZAFIRIAN, P. Objetivo competência. São Paulo: Atlas, 2001.

ZUCKERMAN, H.; D'AUNNO, T. Hospital alliances: cooperative strategy in a competitive environment. *Health Care Management Review*, v. 15, p. 21-30, 1990.

ZUCKERMAN, H.; KALUZNY, A. The management of strategic alliances in health services. *Frontiers of Health Services Management*, v. 7, p. 3-23, 1991.

YAMAMOTO, E. Os novos médicos administradores: cuidando da saúde dos pacientes e das empresas. São Paulo: Futura, 2001.

YIN, R. K. Estudo de caso: planejamento e métodos. 2ª ed. São Paulo: Bookman, 2001.

WENGER. E. Communities of practice: learning, meaning and identify. Cambridge: Cambridge University Press, 1998.

WENGER, E.; SNYDER, W. Communities of practice: the organization frontiers. Boston: Harvard Business School Publishing Corporation, 2001. Capítulo 1.

WERNERFELT, B. A resource-based view of the firm. *Strategic Management Journal*, v. 5, p. 171-180, 1984.

WHITTINGTON, R. O que é estratégia. São Paulo: Pioneira, 2002.

## **10. APÊNDICE “A” – PROTOCOLO DE PESQUISA**

### **1. VISÃO GERAL DO PROJETO**

O protocolo descreve a estrutura utilizada na pesquisa cuja técnica segue o método de estudo de casos múltiplos incorporados conforme o projeto de pesquisa submetido e aprovado em banca examinadora realizada em abril de 2006.

- 1.1. **Tema de pesquisa:** Como o contexto organizacional interno influencia na criação de conhecimento e em consequência participa do processo gerencial estratégico das organizações hospitalares.
- 1.2. **Objetivos:** O estudo destina-se a analisar a influência do contexto organizacional das organizações hospitalares sobre o processo gerencial estratégico dos hospitais investigados, observando os fatores capacitantes e as barreiras à gestão da criação do conhecimento através da construção dos protocolos médico-assistenciais. Assim, como o objetivo central do estudo é saber como esta influência do contexto age sobre o desenvolvimento do processo estratégico, sentiu-se também a necessidade de pesquisar os fatores gerenciais que a determinam. Fatores estes relacionados aos recursos com desempenho superior,

capacidades gerenciais dinâmicas e aspectos do conteúdo estratégico do conhecimento criado.

- 1.3. **Características principais do método de pesquisa:** A pesquisa é qualitativa com características principalmente descritivas e exploratórias. Contudo, considerando a intenção de se fazer alguma inferência de causa-e-efeito entre o contexto organizacional interno e a vantagem competitiva, a pesquisa, em algum grau, assumirá também uma postura explanatória, portanto adicional, sem desconhecer, para tanto, as limitações da técnica escolhida. A técnica de pesquisa a ser utilizada será o método do estudo múltiplos casos incorporados. As unidades de análise referentes às observações a partir das quais as inferências são feitas serão de dois tipos: (1) grupos médicos organizados sob a especialidade de cardiologia e demais profissionais vinculados a esse serviço, onde o foco da pesquisa se deterá principalmente nas questões relacionadas ao contexto, ao compartilhamento e às barreiras – *dimensão contexto organizacional*; e (2) grupos médicos organizados sob a especialidade de cardiologia e demais profissionais vinculados a esse serviço, e grupo de diretores hospitalares, onde o foco da pesquisa concentrar-se-á principalmente no processo gerencial estratégico, através de avaliação da utilização dos recursos, capacidades gerenciais dinâmicas e conteúdo estratégico do conhecimento – *dimensão estratégia*.

## 2. PROCEDIMENTOS DE CAMPO

### 2.1. Critérios para a escolha das unidades de análise

- 2.1.1. *Grupos médicos da especialidade de cardiologia e outros profissionais responsáveis pela construção dos protocolos médico-assistenciais:* Os critérios para definir uma especialidade médica organizada serão técnicos e funcionais. Os técnicos dizem respeito às características de formação profissional dos integrantes do grupo no sentido de que tenham uma identidade relacionada ao modo como trabalham e aos objetivos que comungam. Os funcionais representam as formas como se organizam, se reúnem, trocam idéias, debatem e, afinal, crescem como grupos autônomos

de trabalho. Ou seja, a forma como se assemelham às *comunidades de prática*.

2.1.2. *Grupo de diretores hospitalares*: O critério para ser inserido neste grupo é ser diretor de hospital cuja especialidade de cardiologia foi selecionada como unidade de análise. Preferentemente o diretor entrevistado deverá ter compreensão do processo estratégico interno do hospital que representa: conhecer seus recursos, e as capacidades e competências dos seus gerentes médicos e de enfermagem.

## **2.2. Planejamento da pesquisa de campo**

O contato com a organização hospitalar dar-se-á através da liderança do serviço de cardiologia e outros profissionais que ele ou o pesquisador julgarem interessante entrevistar, e com o diretor do hospital. Serão acertados uma agenda de entrevistas, acesso a reuniões como observador, acesso a documentos escritos e a outras fontes de dados consideradas importantes. No primeiro contato será apresentado o projeto de pesquisa suficientemente detalhado com o propósito de esclarecer as intenções da pesquisa e facilitar o acesso às fontes de dados. O pesquisador ficará comprometido com a organização no sentido de fornecer o resultado maior da pesquisa, porém sempre zelando pela confidencialidade dos dados obtidos.

## **2.3. Procedimentos relacionados à coleta de dados durante a pesquisa de campo**

Toda a pesquisa necessita de dados que, obrigatoriamente, implica no levantamento através de várias fontes, independente dos métodos ou técnicas adotados. O principal processo cujos dados serão obtidos dar-se-á por “documentação direta” através de pesquisa de campo. Assim, os dados serão obtidos por meio de *observações diretas* e *entrevistas*. A “documentação indireta” será coletada através de pesquisa documental, cujos documentos, extraídos de fontes primárias serão principalmente atas de reuniões e diagramas, algoritmos e fluxogramas dos protocolos médico-assistenciais. Devido ao caráter complexo da pesquisa, também será empregada a técnica de coleta de dados

através de instrumentos visuais. O emprego desta técnica auxilia o respondente a compreender a integralidade dos fatos e eventos pesquisados, bem como a sintetizar suas percepções por meio de representações concretas que, no seguimento, podem ser complementadas pelo pesquisador.

#### **2.4. Roteiro de coleta de dados gerais**

Tem como objetivo identificar o perfil funcional dos entrevistados e da organização pesquisada:

- Quanto à organização:
  - Geral e/ou especializada?
  - Pública e/ou privada?
  - De ensino e pesquisa?
  - Número de leitos? (porte de complexidade SUS)
  - Número de funcionários?
  - Idade da organização?
  - Número de convênios que estabelece negociação (trabalha)?
  - Número de especialidades médicas organizadas?
  - Percepção sobre o estado atual dos sistemas de informações (bom, regular, deficiente)?
  - Participação no mercado (taxa de ocupação dos departamentos mais importantes)?
  
- Quanto aos grupos médicos (liderança ou outros):
  - Nome?
  - Formação?
  - Função?
  - Tempo de atuação na organização?
  - Tempo de atuação na função?
  - Tempo disponível para trabalhar questões de gestão?
  - Qual o número de integrantes da especialidade?
  - Frequência das reuniões de gestão voltadas para discutir os protocolos médico-assistenciais?
  - Acesso aos recursos de TI (bom, regular, deficiente)?

- Quantidade de pacientes internados (produção)?
- Quantidade de protocolos utilizados?
- Quantidade de demais profissionais (enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos) participantes (menos de 10, mais de 10)?
- Quanto ao grupo de diretores
  - Nome?
  - Formação?
  - Função?
  - Tempo de atuação na organização?
  - Tempo de atuação na função?
  - Qual o domínio conceitual sobre os protocolos médico-assistenciais (instrumentos estratégicos de gestão)? Sabem o conceito (sim, moderadamente, não)?
  - Número (tempo) de reuniões de alinhamento do negócio com os grupos médicos?
  - Qual o teor dos acontecimentos sobre as facilidades ou dificuldades do contexto?

## **2.5. Roteiro das entrevistas**

### **2.5.1 Contexto capacitante para a criação do conhecimento:**

*2.5.1.1 Como é incentivada a necessidade da visão do conhecimento pelo grupo?*

- a. Como são percebidas as formas de conhecimento?
- b. Qual o reconhecimento da importância do conhecimento? Para o grupo? Para a organização?

*2.5.1.2 Há alguma preocupação em gerenciar (orientar) as conversas entre os componentes do grupo? Como são gerenciadas?*

- a. Como são percebidas as formas de conhecimento?



- b. Qual a importância do conhecimento? Para o grupo? Para a organização?

*2.5.1.3 Há alguma preocupação em mobilizar os componentes do grupo? Como é realizada a mobilização?*

- a. Incentivar pesquisas?
- b. Distribuir material para estudo?
- c. Preparar seminários?

*2.5.1.3 Como o contexto da criação do conhecimento é preparado?*

- a. Há incentivos claros para os componentes do grupo?
- b. Há cronograma de reuniões?
- c. Os assuntos são programados com antecedência?

*2.5.1.5 Como este conhecimento é globalizado (difundido) pela organização?*

- a. Outros profissionais participam (acompanham) da criação?
- b. Quais os meios de difusão pela organização?
- c. Qual a percepção sobre a acessibilidade aos meios?
- d. Os meios são efetivos?

## **2.5.2 Compartilhamento de idéias - conversão do conhecimento tácito em conhecimento explícito, socializado; difusão do conhecimento criado:**

*2.5.2.1 Qual a percepção sobre o compartilhamento de idéias durante a construção dos protocolos médico-assistenciais?*

- a. Que pessoas participam desse compartilhar?
- b. Qual o grau de resistência médica em aderir aos protocolos criados?
- c. As operadoras dos planos de saúde (fontes pagadoras) através de seus auditores são envolvidas nesse compartilhar?

- d. Os colaboradores (funcionários em geral) sabem qual o porquê do protocolo?
- e. Sabem sobre as várias responsabilidades (papéis) encerradas no protocolo?
- f. Sabem os indicadores da eficiência do consumo dos recursos e a eficácia (resultados almejados) do protocolo?
- g. Qual a percepção sobre os processos de aprendizagem (intuição, interpretação, integração e institucionalização) a partir de novos conhecimentos?

### **2.5.3 Comunidades de prática**

*2.5.3.1 Quais as características elementares dos grupos formados pelas especialidades médicas demais membros das equipes da construção do protocolos e qual a semelhança com comunidades de prática: seriam a versão médica das comunidades de prática?*

### **2.5.4 Barreiras à criação do conhecimento:**

*2.5.4.1 Qual a percepção do domínio conceitual que outros profissionais não médicos têm sobre a terminologia contida nos protocolos médico-assistenciais? Qual a percepção da dificuldade de entendimento (acompanhamento) do vocabulário técnico por parte da enfermagem, fisioterapia, nutrição, farmacêutico, e outros?*

*2.5.4.2 Qual o tempo para que um protocolo se legitime entre os componentes?*

- a. Qual o tempo para que a linguagem do protocolo seja dominada por todos que deverão utilizá-lo?
- b. Qual o tempo para o protocolo tornar-se uma experiência bem-sucedida na organização? Tornar-se definitivamente um padrão processual?

2.5.4.3 *Qual a percepção sobre a resistência em alterar protocolos já sedimentados entre os componentes do grupo (tensões feed forward e feedback)?*

2.5.4.4 *Qual a percepção sobre a resistência em alterar os objetivos e as metas de protocolos já sedimentados (tensões feed forward e feedback)?*

### **2.5.5 Processo gerencial estratégico:**

2.5.5.1 *Qual a percepção principalmente dos diretores hospitalares sobre a influência do contexto organizacional na construção dos protocolos médico-assistenciais?(As lideranças médicas colocam em prática o conceito de capacidades gerenciais dinâmicas?)*

- a. Qual a percepção dos diretores de hospital sobre as capacidades gerenciais das lideranças médicas quando da gestão dos membros de construção dos protocolos, dos recursos de desempenho superior integrados e combinados, e do alinhamento com as intenções estratégicas?
- b. Há sensibilidade por parte das operadoras dos planos de saúde em compartilhar idéias e utilizar os protocolos (qualidade assistencial) como meios de melhorar as negociações com os prestadores e fugir da questão centrada nos custos?

2.5.5.2 *Qual a percepção sobre a utilização, combinação e integração dos diferentes recursos contemplados nos protocolos?*

- a. Percebem o valor (desempenho superior) de determinados recursos dos protocolos?
- b. Percebem capacidades dinâmicas (gestão dos protocolos) que ao combinar e integrar os recursos agregam valor competitivo?
- c. Percebem em si competências essenciais para gerir os protocolos?

2.5.5.3 *Qual a opinião sobre o conteúdo estratégico do conhecimento criado pelos protocolos médico-assistenciais (know-how, know-what, know-why)?*

2.5.5.4 *Qual a opinião sobre o tipo de estratégia ao trabalhar com protocolos médico-assistenciais: estratégias de avanço ou de sobrevivência?*

2.5.5.4 *Qual a percepção sobre a gestão de parcerias entre os hospitais (prestadores dos serviços) e os convênios (operadoras dos planos de saúde)?*

### 3. QUESTÕES ESPECÍFICAS

“O ponto central do protocolo é um conjunto de questões substantivas que refletem a investigação real” (YIN, 2004). Para o mesmo autor, duas características distinguem essas questões das realizadas em levantamentos: (1) são questões feitas ao pesquisador e não ao entrevistado, servindo de lembretes sobre as informações que precisam ser coletadas, através de que fonte e qual o motivo, respeitadas as limitações da pesquisa; (2) cada questão deve vir acompanhada da fonte de evidência.

No estudo, as questões específicas serviram fundamentalmente para focar assuntos mais críticos, e manter alguns critérios e limites previamente definidos pelo pesquisador:

- Os grupos médicos escolhidos devem ter características mínimas formais de organização: liderança reconhecida, médicos habilitados pelo CRM e credenciados pelo hospital, planejamento (tipo de patologias a serem atendidas, esquema de sobreaviso, esquema de consultorias, etc.), eventos científicos e alguma maneira de avaliação (indicadores de qualidade);
- Obviamente desenvolverem e trabalharem com protocolos médico-assistenciais (condição existente somente se constituírem-se como especialidade organizada);
- Preferentemente manifestarem características de *comunidades de prática*;
- Especialidade de cardiologia clínica;

- Os diretores hospitalares escolhidos devem ter funções executivas junto à operação e participarem de ações comerciais da organização;
- Ênfase em saber a percepção dos diretores médicos sobre o desempenho gerencial das lideranças dos grupos médicos e equipes multiprofissionais quando da combinação e integração dos recursos dos protocolos médico-assistenciais.

#### 4. PLANO ORIENTADOR DE ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

A estratégia a ser utilizada para a análise dos dados será a das *proposições teóricas*. A justificativa repousa no fato de que os objetivos do estudo se baseiam nas proposições teóricas que, em decorrência, refletem o conjunto de questões da pesquisa, as revisões realizadas na literatura e outras interpretações que porventura possam surgir. Isso tudo dá forma ao plano de coleta de informações.

Quanto às técnicas analíticas dominantes que podem ser utilizadas em estudos de caso – adequação ao padrão, construção da explanação, análise de séries temporais e modelos lógicos de programa -, a primeira, *adequação ao padrão*, foi eleita para esta pesquisa. Em última análise, o modelo conceitual do estudo de pesquisa servirá como o padrão referencial de adequação definindo as convergências e divergências que forem observadas.

O tratamento e a apresentação dos dados coletados dar-se-ão a partir das descrições da coleta de dados através de instrumentos visuais, das transcrições das entrevistas, e da estatística descritiva por intermédio de quadros, tabelas e gráficos.

Os dados coletados da categoria relativa ao contexto organizacional e os dados da categoria relacionada à vantagem competitiva sofrerão um cruzamento no sentido de permitir algumas inferências de causa-e-efeito.

## **11. ANEXOS**

**Anexo “A” - “Diretrizes Assistenciais do Hospital Sírio-Libanês”**

