

GESTÃO DO CONHECIMENTO NO ÂMBITO DA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR: PROPOSTA DE MODELO CONCEITUAL INTEGRATIVO PARA GESTÃO DO CORPO CLÍNICO

RESUMO

Os paradigmas da prestação de serviços de saúde têm sido profundamente questionados. Ambientes complexos e dinâmicos envolvendo múltiplos atores, áreas de conhecimento e possibilidades para a tomada de decisão fazem dos hospitais organizações intensivas em conhecimento, sendo que a gestão desse ativo assume caráter estratégico para as organizações de saúde. O objetivo do artigo é propor um modelo integrativo de gestão do conhecimento aplicada ao contexto específico do corpo clínico em saúde. O método utilizado compreendeu observação participante em uma grande rede hospitalar brasileira, revisão bibliográfica e validação dos construtos do modelo por especialistas da área de inovação e conhecimento. A principal contribuição do trabalho é um *framework* teórico, integrando políticas e práticas de gestão da informação e pessoas, criação e compartilhamento do conhecimento, construção de sentido e tomada de decisão, que busca impactar qualidade, efetividade e custos assistenciais. Os construtos da organização do conhecimento (Choo, 2003), da capacidade absorptiva (Zahra & George, 2002) e da organização da aprendizagem (Argyris & Schon, 1996) constituem o modelo proposto. Concluiu-se que é premente o emprego de uma abordagem sistêmica para abarcar os desafios específicos da gestão do conhecimento no âmbito clínico hospitalar.

Palavras-chave: Gestão do Conhecimento; Administração Hospitalar; Tomada de Decisão.

KNOWLEDGE MANAGEMENT IN THE CONTEXT OF HOSPITAL MANAGEMENT: PROPOSAL OF AN INTEGRATIVE CONCEPTUAL MODEL FOR MANAGEMENT OF THE MEDICAL STAFF

ABSTRACT

The paradigms of health service rendering have been deeply questioned. Complex and dynamic environments involving multiple factors, knowledge areas and possibilities for decision-making have turned hospitals into knowledge intensive organisations, demanding a strategic perspective for managing knowledge assets in healthcare organizations. This paper aims to propose an integrative model of knowledge management applied to the specific context of hospital healthcare administration. The research method comprises participant observation in one large Brazilian hospital network, literature review and validation of the framework by experts in the innovation and knowledge management fields. The main finding of the paper is a theoretical framework integrating information management practices, human resource management (HRM) approaches, knowledge-based process and decision-making routines in order to act on quality, effectiveness and welfare costs within the hospital context. The constructs of knowledge organisation (Choo, 2003), absorptive capacity (Zahra & George, 2002) and organization of learning processes (Argyris & Schon, 1996) constituted the proposed model. The paper conclusion emphasizes the pressing need for a systemic approach to deal with the knowledge management specific challenges in hospitals.

Keywords: Knowledge Management; Hospital Management; Decision Making.

Vinícius Pereira Souza¹
Rodrigo Baroni de Carvalho²

¹ Doutorando pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais – PPGA PUC/MG, Brasil
Coordenador do Serviço de Anestesiologia da Rede Mater Dei de Saúde (Belo Horizonte - MG)
E-mail: vinicius.ps@terra.com.br

² Doutor em Ciência da Informação (UFMG / University of Toronto)
Professor pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais – PPGA PUC/MG, Brasil
E-mail: baroni@pucminas.br

1. INTRODUÇÃO

A gestão de organizações hospitalares apresenta dificuldades explícitas na prática diária, sendo essas questões refletidas na literatura. Christensen, Harvey e Hwang (2009, p.107) afirmam que os hospitais representam algumas das instituições “mais intratáveis a figurar nos anais do capitalismo”. Porter e Teisberg (2007, p.19), por sua vez, relatam que as organizações de saúde apresentam uma “combinação de altos custos e qualidade insatisfatória, gerando ansiedade e insatisfação em todos os participantes”, referindo-se aos clientes, médicos e demais prestadores de serviços, colaboradores, planos de saúde, fornecedores e governo. Segundo esses autores, “quase todo mundo tem um caso desses para contar”, o que é uma constatação exata na discussão sobre o tema. Se, por um lado, tais assertivas representam um retrato fiel dos grandes e complexos desafios relacionados ao contexto da administração hospitalar, por outro lado, elas evidenciam as claras limitações e dificuldades relacionadas aos métodos tradicionais de gestão em saúde, para a busca de novos e inovadores modelos assistenciais, assim como para a busca e a obtenção de resultados de excelência.

Um hospital é composto por um corpo clínico assistencial, formado por múltiplos atores, áreas de conhecimento e possibilidades para a tomada de decisão. Alguns hospitais gerais chegam a apresentar mais de 30 especialidades médicas diferentes, apresentando os profissionais grande autonomia para a tomada de decisão. Mintzberg (1979) classifica as organizações hospitalares como complexas burocracias profissionais, configuradas horizontalmente e descentralizadas, apresentando poucos níveis hierárquicos, sendo operadas pelos profissionais que nela desempenham suas atividades. O corpo clínico assistencial apresenta, porém, diferentes competências técnicas, habilidades, valores e vínculos com as instituições de saúde (Bordoloi & Islam, 2012; Yamazaki & Umemoto, 2010). O corpo clínico está integrado dialeticamente em redes de processos formais e informais em que interação, compartilhamento e troca resultam na construção de novos conhecimentos, inovações e sinergia de resultados (Hansen, Nohria & Tierney, 1999; Rangachari, 2009).

Adicionalmente, o universo de informações e conhecimentos para as práticas assistenciais hospitalares é complexo (Guptill, 2005). Estima-se que cerca de 400.000 artigos médicos científicos são publicados por ano, existindo mais de 10.000 diferentes doenças e síndromes cadastradas (Davenport & Glaser, 2002). Mais de 3.000 fármacos podem ser utilizados na assistência médica, existindo também mais de 1.100 testes de laboratórios,

(Davenport & Glaser, 2002), com uma grande variabilidade de práticas, oriundos dos diferenciais de prevalência das doenças, da disponibilidade dos serviços, de preferências culturais por certos tipos de serviços de saúde, de ideologias de escolas de formação médica e pelo padrão estrutural e financeiro dos incentivos presentes no sistema de saúde (Aciole, 2012).

Os hospitais brasileiros vivenciam um momento singular, buscando reinventar suas práticas, otimizar custos e atender a necessidades e expectativas de clientes e fontes pagadoras, em um processo de profissionalização do setor para melhoria de resultados. Nesse sentido, os processos e programas de acreditação hospitalar têm fomentado a criação de infraestrutura adequada de segurança para o atendimento de pacientes, o desenvolvimento de conhecimentos explícitos como protocolos clínicos de conduta e a criação de indicadores assistenciais a serem acompanhados e trabalhados sistematicamente.

A capacidade de enfrentar tais desafios não pode residir simplesmente na padronização de procedimentos (Christensen *et al.*, 2009), exigindo assim um conjunto de ações que inclui a transição demográfica e epidemiológica, incorporação contínua e cumulativa de tecnologia e avanços científicos, desenvolvimento de ferramentas administrativas e gerenciais, fusão das práticas médicas e hospitalares, desenvolvimento de novos saberes e práticas em saúde (Aciole, 2012). Nesse contexto, a gestão do conhecimento apresenta-se como uma abordagem fora do convencional para a gestão do corpo clínico das instituições hospitalares, ampliando o espectro de abordagem para além de ativos tangíveis. Portanto, a questão de pesquisa pode ser assim formulada: como a gestão do conhecimento pode ser aplicada para a gestão do corpo clínico das organizações hospitalares, contemplando as particularidades relacionadas a esse contexto?

Os hospitais apresentam-se como organizações intensivas em conhecimento, sendo necessária a união dialética de extremos, não opostos, como teoria e prática, experiência e aprendizagem, tecnologia e trabalho manual, padronização e *insights*, ciência e arte, razão e emoção, vida e morte. Compreender um hospital como uma organização do conhecimento amplia a possibilidade de uso de práticas gerenciais para além dos instrumentos convencionais baseados no paradigma industrial. Convém ressaltar que é necessária extrema cautela para replicar modelos de áreas industriais para organizações do setor de saúde (Kazandjian & Lied, 1999). A gestão do conhecimento integra particularidades e generalidades associadas ao contexto, em etapas da criação à aplicabilidade do conhecimento, integrando perspectivas de valores pessoais, normas sociais e fatos objetivos existentes,

em um processo de construção de sentido (*sense-making*), criação do conhecimento e tomada de decisão (Choo, 2003). Existe uma grande tensão entre tais construtos (Nicolini, Powell, Conville & Martinez-Solano, 2008), o que reafirma a dialética entre os componentes tácito e explícito do conhecimento (Nonaka & Takeuchi, 1995). O processo de aprendizagem é dinâmico e contínuo, em que resultados alteram rotas, processos e modelos mentais (Argyris & Schon, 1996).

As pesquisas sobre a gestão do conhecimento em saúde têm abordado principalmente três dimensões: a natureza do conhecimento, as ferramentas e iniciativas de gestão do conhecimento e o estudo das barreiras para a adoção de práticas relacionadas à sua gestão (Nicolini *et al.*, 2008). Ressaltam-se publicações sobre o compartilhamento de conhecimento por meio de canais informais (J. J. Waring & Bishop, 2010) ou por meio de sistemas de informação (Orzano, Ohman-Strickland & Patel, 2008). Existem, porém, lacunas na literatura internacional no que diz respeito à integração dos construtos sobre gestão do conhecimento (Diakoulakis, Georgopoulos, Koulouriotis & Emiris, 2004) e no que se refere à sua interface com a gestão estratégica de recursos humanos.

No Brasil, o mapeamento da produção científica sobre o tema entre os anos de 1997 e 2011 revela que os processos de conversão do conhecimento constituem a essência da abordagem teórica da gestão do conhecimento (Araujo, Mottin & Rezende, 2013). Faz-se necessária, portanto, uma abordagem multidisciplinar e integrativa sobre a gestão do conhecimento no contexto da administração hospitalar, integrando e explicitando construtos relacionados ao tema para a gestão do corpo clínico de organizações hospitalares, assim como as particularidades relacionadas a esse contexto.

Este ensaio teórico tem por objetivo integrar construtos relacionados à gestão do conhecimento, contemplando as especificidades relacionadas ao contexto da administração hospitalar, para assim propor um *framework* teórico integrativo para gestão do corpo clínico por meio da gestão do conhecimento. O método empregado para o desenvolvimento do modelo compreendeu observação participante em uma grande rede hospitalar brasileira, revisão bibliográfica e validação dos construtos do modelo por especialistas da área de inovação e conhecimento.

O artigo está organizado da seguinte forma: o item 2 descreve a metodologia utilizada na formulação do modelo e a descrição dos processos de criação para confecção e validação dos construtos; o item 3 compreende a sustentação teórica com ênfase na discussão das particularidades da Gestão do Conhecimento no âmbito das organizações

hospitalares; o item 4 apresenta a construção do modelo integrativo e a categorização do modelo; e o item 5 discute as implicações do uso do modelo em estudos futuros e as limitações do construto.

2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A metodologia aplicada ao desenvolvimento deste ensaio teórico incluiu três fases: observação participante, levantamento e estudo de literatura especializada aplicada ao contexto da administração hospitalar e, por fim, discussão das lacunas e integração de conceitos em uma comunidade de prática de especialistas da área de Inovação e Conhecimento. As diferentes etapas descritas apresentaram objetivos distintos.

A observação participante decorre do fato de um dos autores ser médico, atuando há quatorze anos em uma rede hospitalar privada, em Belo Horizonte/MG. Trata-se de uma rede com trinta e quatro anos de existência, com mais de 500 leitos hospitalares, 80 leitos de Terapia Intensiva e mais de 30 salas de cirurgia, prestando assistência médica hospitalar em mais de 30 especialidades médicas. Essa organização finalizou o seu processo de Acreditação Hospitalar no ano de 2004, sendo a segunda organização hospitalar do Brasil certificada em nível III de excelência pela Organização Nacional de Acreditação – ONA e a primeira do Brasil certificada pela National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations – NIAHO.

Até novembro de 2014, foram acompanhadas sistematicamente as evoluções e transformações dessa organização, destacando-se o desenvolvimento do sistema de padronização e qualidade, implantações de sistemas de suporte à decisão clínica, tais como prontuário médico eletrônico, disponibilização digital de exames laboratoriais e de imagem, desenvolvimento e compartilhamento de conhecimentos entre equipes multiprofissionais com objetivos comuns, abordagem de *near-misses* como oportunidades de melhorias, além da implantação de indicadores clínico-assistenciais e da estruturação da governança clínica. Por outro lado, houve a incorporação de ferramentas de gestão como o navegador do capital intelectual (Stewart, 1998) com indicadores para as dimensões do capital humano, estrutural e de cliente, análise de causa raiz pelo diagrama de Ishikawa (1963) e Balanced Score Card (Kaplan & Norton, 1996), entre outros, abordados concomitantemente com um processo de construção social juntamente com o corpo clínico para a melhoria de resultados. A imersão no contexto social por um dos pesquisadores promoveu *insights* para a busca do referencial teórico e pesquisa bibliográfica.

A segunda etapa do estudo consistiu na pesquisa bibliográfica, estudo e aprofundamento da

literatura sobre o tema gestão do conhecimento no contexto da administração hospitalar, a partir do mês de setembro de 2013. Realizou-se aprofundamento do tema com identificação de lacunas na literatura, principalmente no que se refere à integração de conceitos relacionados com gestão do conhecimento em organizações hospitalares. Realizou-se a triangulação entre os construtos, a sua integração e o desenvolvimento de categorias de análise relacionadas ao tema (Eisenhardt, 1989). Da categorização, elaborou-se um *framework* teórico, representando a síntese do tema.

A partir da construção do modelo inicial citado, realizaram-se reuniões mensais em uma comunidade de prática (CoP – Community of Practice) formada por quatro professores doutores e mais oito pesquisadores especializados nas temáticas da Gestão do Conhecimento e Inovação, visando captar a percepção de especialistas com domínio dos temas pertinentes com intuito de validar os construtos teóricos do modelo (Spector, 1992). O objetivo dessa etapa consistiu na melhoria da validação dos construtos teóricos (Yin, 2010), por meio da obtenção de pontos de vista de outros especialistas não contemplados inicialmente pelos autores, geração de *insights*, aprofundamento da discussão e refinamento do modelo teórico proposto (Hinkin, 1995; Spector, 1992). O tema e os objetivos de pesquisa foram apresentados para que os especialistas consultados pudessem efetuar críticas, dar sugestões, apontar novas dimensões e refinar o modelo (Hoppen, Lapointe & Moreau, 1996). Tal CoP exerceu suas atividades no período de março a novembro de 2014.

O item 3, a seguir, percorre os marcos teóricos fundamentais da organização do conhecimento (Choo, 2003) e da organização da aprendizagem (Argyris & Schon, 1996), discutindo também os temas da capacidade absorptiva e tomada de decisão, sendo esse percurso essencial para a proposição do modelo integrativo.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1. Gestão do Conhecimento

O conhecimento é provido de significado e propósito, estando atrelado à interpretação, valores e crenças (Bouthillier & Shearer, 2002) e contextos organizacionais (Choo & Alvarenga Neto, 2010). Em uma primeira análise, o conhecimento apresenta-se com conotação abstrata, introspectiva, cognitiva e até mesmo intuitiva e, como tal, passível de interpretações idiossincrásicas e ambíguas, com grandes dificuldades em sua conceituação (Ragab & Arisha, 2013). Uma visão baseada no conhecimento (Galende, 2006) aceita e cultiva contradições, inconsistências, dilemas e polaridades, afinal o

conhecimento é formado por componentes dicotômicos, porém ligados entre si (Takeuchi & Nonaka, 2008).

Se o conhecimento não é algo concreto, ele também não se esgota em si mesmo, necessitando de agentes ativos para conceder-lhe significado e sentido (Choo, 2003), para ser adquirido, assimilado, transformado e usufruído (*exploitation*) por indivíduos e organizações (Zahra & George, 2002). Davenport (1998) afirma que a única vantagem competitiva sustentável da empresa é aquilo que ela coletivamente sabe, a eficiência com que usa o que sabe e a prontidão com que adquire e usa novos conhecimentos. Os resultados de todo esse processo refletem-se em indicadores assistenciais, avaliados, holisticamente, em um processo de aprendizado contínuo que altera desvios de rota, processos e modelos mentais de profissionais e organizações.

Uma organização hospitalar apresenta a prestação de serviços assistenciais de saúde como a sua competência essencial, realizada por profissionais dotados de múltiplos conhecimentos, gerais ou especializados, em um processo dinâmico socialmente construído de interação, complementaridade e tomada de decisão, influenciado por sua capacidade absorptiva para a criação de conhecimentos e pela criação de significados. A **capacidade absorptiva** pode ser conceituada como um fator antecedente e, como tal, uma capacidade dinâmica para incrementar e desenvolver o conhecimento organizacional (Volberda, Foss & Lyles, 2010). Cohen e Levinthal (1990) conceituam a capacidade absorptiva como a habilidade para identificar, assimilar e explorar o conhecimento do ambiente externo, enquanto Easterby-Smith, Graça, Antonacopoulou e Ferdinand (2008) ressaltam o potencial interno da organização, constituindo-se em um dos principais determinantes para a transferência de conhecimento e para o aprendizado organizacional.

Por sua vez, Zahra e George (2002) dividem a capacidade absorptiva em potencial, resultado dos processos de aquisição e assimilação do conhecimento, e realizada, resultado dos processos de transformação e exploração do conhecimento. A eficiência da capacidade absorptiva pode ser obtida pela razão entre as capacidades absorptivas realizada e potencial (Zahra & George, 2002). Experiência prévia em pesquisa e desenvolvimento (Zahra & George, 2002) assim como as habilidades, motivação e práticas de recursos humanos também podem influenciar, distintamente, as capacidades absorptivas potencial e realizada (Minbaeva, Pedersen, Björkman, Fey & Park, 2003).

A complexidade inerente à gestão do conhecimento no mundo real (Choo & Alvarenga Neto, 2010) torna necessária a adoção de modelos conceituais para guiar sua aplicação e converter em

ação as capacidades dinâmicas da organização. Um dos modelos para a abordagem da gestão do conhecimento foi proposto por Choo (2003). Trata-se de um modelo embasado em três pilares: a **criação de conhecimento**, a **construção de sentido** e a **tomada de decisão**.

Choo (2003) desenvolve a **criação do conhecimento** por meio da interação dinâmica entre os conhecimentos tácito, explícito e cultura organizacional. Nonaka e Takeuchi (1995) definem conhecimento explícito como aquele conhecimento que pode ser expresso na forma de palavras, números ou sons, compartilhado na forma de dados, fórmula científica, recursos visuais, fitas de áudio. O conhecimento explícito pode ser transmitido rapidamente aos indivíduos, formal e sistematicamente. Nos hospitais, o conhecimento explícito pode ser representado pelos protocolos clínicos assistenciais, códigos de ética e de conduta. O conhecimento tácito, por sua vez, é altamente pessoal, de difícil formalização e compartilhamento. Está enraizado em ações e na experiência do indivíduo, assim como nos ideais, valores, emoções que ele incorpora ao longo do tempo. O conhecimento tácito apresenta duas dimensões, técnica e cognitiva. A dimensão técnica pode ser exemplificada pelas habilidades técnicas de um profissional adquiridas ao longo do tempo, é o *know-how*. Já a dimensão cognitiva consiste em crenças, percepções, ideais, valores e emoções, dando “forma ao modo que percebemos o mundo em torno de nós” (Takeuchi & Nonaka, 2008). O conhecimento tácito em uma organização hospitalar pode ser exemplificado pelas habilidades técnicas e manuais para o diagnóstico de patologias, pela expertise de profissionais na realização de técnicas e procedimentos médicos, invasivos ou não, e pelo raciocínio clínico e experiência profissional na abordagem de problemas complexos. A dimensão cognitiva do conhecimento é definida quando e no contexto assistencial em que o profissional indica determinado procedimento ou técnica cirúrgica, o que apresenta grande relevância, uma vez que conflitos de interesse podem afetar a decisão clínica (Greenhalgh, Howick & Maskrey, 2014).

Choo (2003) apresenta também o conhecimento cultural, com significado semelhante ao conhecimento cognitivo. Um paradoxo do conhecimento refere-se ao fato de que o conhecimento mais valioso para a organização, em virtude de seu valor, raridade, possibilidades de imitação e substituição (Barney, 1991), é o conhecimento tácito (Pérez-Nordtvedt, Kedia, Datta & Rasheed, 2008), sendo porém o mais difícil de ser compartilhado (Zahra & George, 2002). Se a gestão do conhecimento traz consigo benefícios potenciais para a organização, há que se considerar eventuais resistências dos indivíduos ao compartilhamento e

registro dos seus conhecimentos, caso não ocorra um claro reconhecimento corporativo de tais práticas colaborativas. Os médicos, especificamente, apresentando grande conhecimento tácito, apresentam também grande resistência à implantação de sistemas de suporte à decisão clínica (Venkatesh, Zhang & Sykes, 2011).

Nonaka e Takeuchi (1995) identificaram quatro modos de conversão do conhecimento apresentados a seguir com exemplos contextualizados desenvolvidos pelos autores desse trabalho:

- a) **Socialização**: refere-se à conversão de conhecimento tácito para tácito. Permite compartilhar e criar conhecimento tácito a partir de experiência direta, de indivíduo para indivíduo. As reuniões clínicas periódicas representam espaços de compartilhamento e conversão de conhecimento tácito em organizações hospitalares;
- b) **Externalização**: refere-se à conversão de conhecimento tácito para explícito. Articula o conhecimento tácito através do diálogo e da reflexão, no sentido do indivíduo para o grupo. Nas organizações hospitalares, os processos de educação continuada, como a apresentação de temas relevantes para determinada comunidade de especialistas, promovem a externalização do conhecimento. Outro exemplo é o registro médico em prontuários de informações resultantes de um atendimento;
- c) **Combinação**: refere-se à conversão de conhecimento explícito para explícito. Consiste em sistematizar e aplicar o conhecimento explícito e a informação, atuando no sentido do grupo para a organização. No contexto hospitalar, evidencia-se a combinação como resultado de deliberações de reuniões clínicas para discussão, atualização e criação de protocolos clínicos assistenciais bem como o uso de sistemas de informação gerencial para análise de padrões em prontuários médicos;
- d) **Internalização**: refere-se à conversão de conhecimento explícito para tácito, visando aprender e adquirir um novo conhecimento tácito na prática. Atua no sentido da organização para o indivíduo. A internalização é evidenciada em organizações hospitalares por meio da tomada de decisão dos profissionais, verificando-se o grau de convergência e aderência aos acordos formais, individuais ou coletivos, para conduta. A internalização apresenta-se também pela observância de rotinas socialmente construídas e protocolos de trabalho, fundamentais para o processo de acreditação em um hospital.

No contexto das organizações hospitalares, a criação de conhecimento torna-se vital para a atualização e padronização de condutas assistenciais, criação de diretrizes para a tomada de decisão,

incorporação de novas tecnologias e inovação de serviços de saúde (Simonen, Viitanen, Lehto & Koivisto, 2009). A interação dinâmica dos indivíduos e da organização cria a síntese na forma de equipes auto-organizadas, proporcionando um contexto compartilhado no qual os indivíduos podem interagir uns com os outros (Takeuchi & Nonaka, 2008 p.28). Nonaka e Konno (1998) descrevem o conceito de *ba*, definido como a criação de espaços para o compartilhamento e criação do conhecimento.

A **construção de sentido** objetiva a criação de significados e propósitos comuns, gerando ambientes interpretados e interpretações que servem de contextos significativos e guias para a ação organizacional (Choo, 2003). Já a aplicação do conhecimento representa a síntese do processo de criação de significado, na tentativa de reduzir incertezas e ambiguidades para a tomada de decisão.

Os sistemas de gestão do conhecimento são estruturados para promover suporte para a implementação e exploração do conhecimento (Massa & Testa, 2009). Duas abordagens principais são: codificação e personalização (Hansen *et al.*, 1999). A codificação (*hard approach*) se refere à captura e armazenamento do conhecimento em repositórios eletrônicos, conhecimentos estes considerados explícitos. Essa abordagem adota uma estratégia de “pessoas para documentos”, necessitando da construção de base de dados e da capacitação das pessoas em ferramentas de tecnologia da informação (Ragab & Arisha, 2013). Em contraste, a personalização apresenta foco nas atividades de transferência de conhecimento de pessoa para pessoa, face a face, em processos de socialização que buscam conectar e interagir com as pessoas. Os investimentos são feitos para o recrutamento, qualificação e compartilhamento do conhecimento, com pequena ênfase em tecnologia (Hansen *et al.*, 1999). Internamente, o conhecimento apresenta componentes codificados e personalizados, influenciados por canais formais e informais de interação, compartilhamento e transferência de conhecimento (Hansen *et al.*, 1999).

Choo (2003) descreve a construção de sentido em quatro etapas: mudança ecológica – referindo-se às mudanças no ambiente –, interpretação – para a busca de respostas para a ambiguidade –, seleção – escolhas de respostas razoáveis – e retenção – representando os produtos gerados pela construção de sentido (Weick, 1979). Tal processo é retrospectivo e guiado pela plausibilidade. A criação de significado influencia e também é influenciada por contextos de integração social e qualidade de relacionamentos, fundamentais para a transferência de conhecimento (Becerra, Lunnan & Huemer, 2008). Dentre esses fatores, destacam-se a confiança, a intensidade dos vínculos e a proximidade cultural, como importantes fatores

anteriores para promover o compartilhamento do conhecimento (Castro, Guimarães & Diniz, 2013). Esses espaços criados para a construção de sentido podem ser reais, virtuais, mentais ou combinados (Choo & Alvarenga Neto, 2010).

No contexto hospitalar, a construção de sentido impacta diretamente o compartilhamento, a criação de conhecimento e a tomada de decisão. A construção de ambientes seguros e abertos para o aprendizado com a prática é fundamental em uma organização hospitalar. Estudo americano avaliou 33,6 milhões de hospitalizações naquele país, estimando de 44.000 a 98.000 óbitos não relacionados à patologia que motivou a internação desses pacientes; esses eventos foram decorrentes de erros cometidos durante a internação (Kohn, Corrigan & Donaldson, 2000).

Em uma abordagem complementar, a localização do conhecimento dentro de uma organização e o papel dos diferentes membros na aquisição de conhecimentos dividem os colaboradores em estrelas de comunicação externa – que adquirem o conhecimento externamente e o trazem para a organização –, estrelas de comunicação interna – que disseminam o conhecimento dentro da organização – e *gatekeepers* – que apresentam a habilidade de desempenhar ambos os papéis citados (Whelan, Collings & Donnellan, 2010). Os processos de gestão do conhecimento podem então ser divididos em criação e aquisição do conhecimento, armazenamento e recuperação de dados, transferência e compartilhamento do conhecimento e aplicação do conhecimento (Alavi & Leidner, 2001). A transferência de conhecimento também é influenciada por fatores ligados ao contexto relacional, como confiança, a intensidade de vínculos e proximidade cultural (Becerra *et al.*, 2008).

O modelo de Choo (2003) evidencia, por fim, o processo de **tomada de decisão**, intimamente relacionado à construção de sentido e à criação do conhecimento. Racionalmente, a tomada de decisão envolve etapas de identificação de problemas, levantamento de possíveis possibilidades de solução, seleção e implementação de um curso de ação e acompanhamento de resultados (Razzaque, Eldabi & Jalal-Karim, 2013). O processo de tomada de decisão é afetado pelo princípio da racionalidade limitada, sendo que a racionalização ocorre por meio de modelos normativos, descritos como rotinas, regras e procedimentos que influenciam a tomada de decisão pela plausibilidade (March & Simon, 1975), uma vez que os “limites da mente humana e a complexidade dos problemas que ela enfrenta” requerem simplificações (Choo, 2003 p.270). Nesse ponto, a cognição com suas heurísticas e idiosincrasias exerce importante influência na tomada de decisão, modelando o processo (Eggers & Kaplan, 2009).

Em saúde, a tomada de decisão constitui um ponto crítico de convergência dos processos de gestão de conhecimento. As suas dificuldades são oriundas da complexidade da natureza do conhecimento, assim como por fatores psicológicos, afetivos e cognitivos, bem como heurísticas dos tomadores de decisão (Croskerry & Nimmo, 2011). A simplificação por meio de projetos de ação, percepções e identificações e comunicação auxiliam na redução da ambiguidade para a tomada de decisão (March & Simon, 1975). O estabelecimento de rotinas e processos, protocolos clínicos direcionam as atividades médicas de acordo com padrões acordados previamente entre profissionais e equipes de saúde (Dopson & Fitzgerald, 2005), existindo certa mudança na autonomia profissional (J. Waring & Currie, 2009). Os componentes políticos e anárquicos da tomada de decisão descritos por Choo (2003) também devem ser considerados.

Choo (2003) descreve ainda que o processo de tomada de decisão é também influenciado pelo ambiente organizacional no qual ela ocorre, ressaltando o grau de ambiguidade e conflitos sobre os objetivos organizacionais e o grau de incerteza sobre os métodos e processos para cumprimento das tarefas. Independentemente do modelo adotado, a tomada de decisão torna-se “um comprometimento com a ação” (Choo, 2003 p.292), sendo necessário integrar os resultados apresentados com a estratégia da organização, em um processo sistêmico, dinâmico e contínuo de aprendizado. O elo entre a tomada de decisão e o aprendizado pode ser realizado pelo *Balanced Scorecard* (BSC), integrando as perspectivas financeiras, de clientes, de processos internos e do próprio aprendizado (Kaplan & Norton, 1996). O BSC define metas para a organização, constituindo-se na explicitação das teorias estratégicas operacionais da empresa, em um sistema de indicadores de desempenho, globais e específicos, que influenciam fortemente o comportamento das pessoas dentro e fora da organização (Kaplan & Norton, 1996). Os potenciais benefícios do BSC descritos por Kaplan e Norton (1996) consistem em esclarecer e traduzir a visão e a estratégia, comunicar e associar objetivos e medidas estratégicas, associar objetivos de curto e longo prazo da organização, identificar e alinhar iniciativas, e obtenção de *feedback*. Segundo os autores, a comparação entre as metas de desempenho desejadas e os níveis encontrados operacionalmente determina um hiato de desempenho, que deverá ser o alvo de novas iniciativas estratégicas para o aprendizado e o crescimento organizacionais.

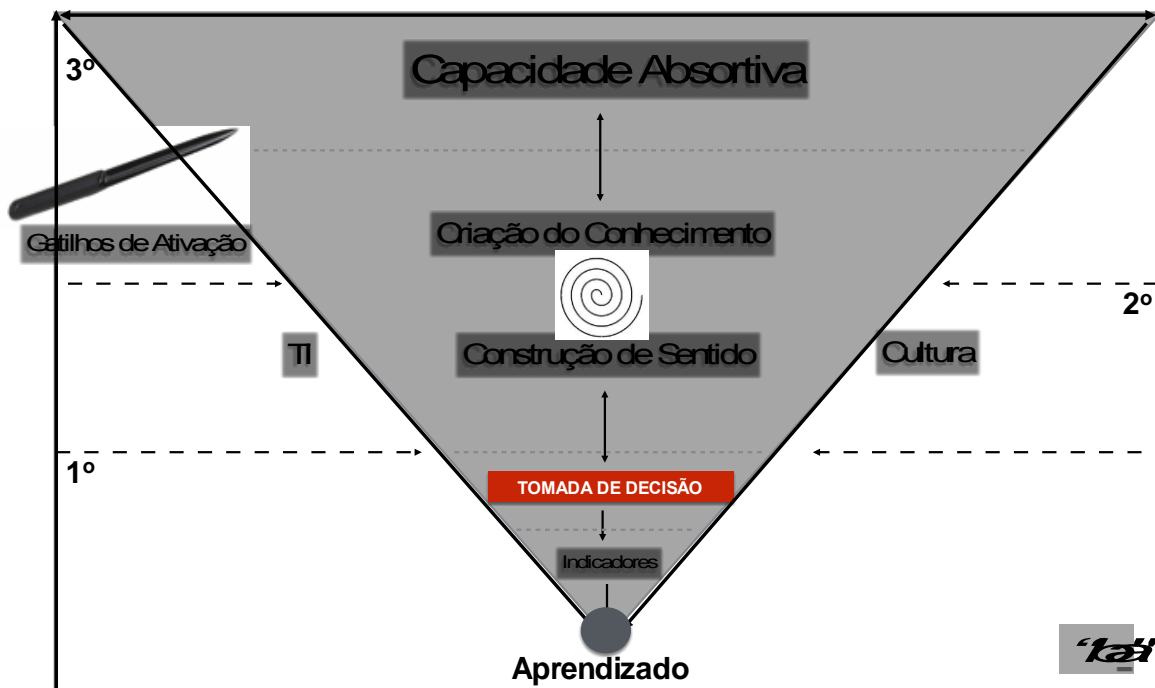
A organização baseada no conhecimento é essencialmente uma **organização de aprendizagem** (Argyris & Schon, 1996), que, por sua vez, é dinâmica e modifica o seu comportamento como reflexo do novo conhecimento criado (Garvin, 1993).

Aprendizado pode ser definido epistemologicamente por meio da teoria comportamental, baseada na conceituação proposta por Argyris (1976). Para o autor, os erros representam uma condição necessária ao aprendizado, sendo que este pode se dar por meio de um circuito simples (*single loop learning*) ou duplo (*double loop learning*). A aprendizagem em circuito simples é resultante da correção do erro, sem questionamentos ou alterações em valores e variáveis (regras, princípios) que influenciaram a tomada de decisão, valores estes subjacentes ao sistema. Esse aprendizado permite a manutenção das políticas atuais da organização por meio do controle de variáveis relacionadas ao ambiente. Pelo seu caráter unilateral, o aprendizado de circuito único tende a estimular comportamentos de defesa e produzir *feedbacks* negativos (Argyris, 1976). Em uma organização hospitalar, é frequente a discussão de casos clínicos práticos vivenciados na prática, analisando-se resultados desfavoráveis e complicações em um contexto e aprendizado com foco em novos casos futuros. Já a aprendizagem em circuito duplo questiona além de ações efetuadas em nível individual, promovendo o compartilhamento de conhecimento e mudanças de comprometimento interno que incentivam confrontos abertos e construtivos. Há o compartilhamento de poder (Argyris, 1976). Muitas organizações hospitalares apresentam comissões e comitês multidisciplinares de melhorias, que analisam resultados e indicadores assistenciais e fomentam interações sociais, construção de novos modelos assistenciais e revisão de normas, condutas e protocolos estabelecidos. Schon (1975) descreve ainda o conceito de deuteroaprendizagem ou circuito triplo, em que o indivíduo aprende a aprender, alterando a sua teoria em uso em resposta à experiência. A deuteroaprendizagem ocorre muito além da adaptação reativa a estímulos para comportamentos, resultando em novas estruturas, políticas, técnicas e abordagens (Schon, 1975). Esse nível de aprendizagem leva profissionais e organizações a aprenderem a aprender, alterando o seu modelo mental.

Diante do exposto, propõe-se um novo modelo que integre os construtos abordados neste artigo, viabilizando uma visão integrativa da gestão do conhecimento (Figura 1). O modelo usa a metáfora de um convite para o desenvolvimento e para o aprendizado de indivíduos, grupos e organização, por meio de uma abordagem sistemática de gestão de ativos intangíveis que requer perspectivas diferentes do paradigma comando-controle como sinônimo de gestão. Um convite, porém, não representa fechamento e aprisionamento em si mesmo. Deverá ser precedido pela criação de estruturas e condições para o compartilhamento e troca, interação e reflexão, registro e busca, em um

processo socialmente estruturado que envolva pessoas, processos, clientes e tecnologia. Os gatilhos de ativação poderão, nesses casos, funcionar como um estilete, abrindo e expondo a organização ao ambiente, de modo a fomentar a mudança. As organizações de saúde apresentam os processos de

acreditação hospitalar como verdadeiros gatilhos de ativação externos, fomentando a criação e construção de uma base sólida de conhecimento. Crises internas, por sua vez, representam gatilhos de ativação internos.



*TI: Tecnologia da Informação
**Balanced Scorecard

Figura 1 – Framework para a gestão do conhecimento
Fonte: Desenvolvido pelos autores

3.2. Gestão do Conhecimento no contexto da Administração Hospitalar

Aciole (2012) relata que até o século XVIII os hospitais serviam a uma grande variedade de propósitos, como caridade, filantropia, asilo de indigentes e isolamento de doenças contagiosas. Após o final do século XIX, começaram a assumir seu papel de centros de pesquisa científica, tecnologia médica, treinamento clínico e assistência especializada. Nesse novo arcabouço de funções, as organizações hospitalares desenvolveram novas capacidades, aprendendo a lidar com problemas complexos em processos simultâneos e concorrentes. Foram agregadas capacidades, mas também custos (Aciole, 2012; Christenssen *et al.*, 2009).

As organizações hospitalares integram atividades como pesquisa científica, tecnologia médica, treinamento clínico e assistência especializada em saúde, sendo consideradas organizações do conhecimento (Kim, Newby-Bennett & Song, 2012; Rector, 1999; Yamazaki & Umemoto, 2010). Reunindo profissionais com diferentes competências e áreas de atuação, os hospitais são também considerados sistemas profissionais

complexos, apresentando uma grande intensidade de conexões e de padrões de relacionamento entre os diferentes agentes, em um processo social emergente de aprendizado (Rangachari, 2009). De uma estrutura hierárquica rígida, com foco no relacionamento entre médico e paciente, os hospitais têm migrado progressivamente para uma relação empresa-consumidor, atuando em ambientes complexos e dinâmicos, que necessitam de tomada de decisão rápida e assertiva por parte dos profissionais envolvidos direta ou indiretamente na assistência à saúde (Bordoloi & Islam, 2012).

Diante dessa heterogeneidade, complexidade e diversidade de conhecimentos e pessoas, a gestão do conhecimento se apresenta com uma perspectiva estratégica para as organizações de saúde (Gonçalo & Borges, 2010; Orzano *et al.*, 2009), integrando e orientando políticas e práticas para a gestão da informação, criação do conhecimento, construção de sentido (Choo, 2003), gestão de pessoas, compartilhamento do conhecimento e tomada de decisão. Efetivamente a gestão do conhecimento pode beneficiar organizações hospitalares com a redução do tempo de ciclo dos serviços, diminuição de custos, geração de maior retorno dos

investimentos, melhoria da satisfação dos pacientes e o incentivo ao aprendizado contínuo dos médicos, enfermeiros, colaboradores e outros profissionais envolvidos na prestação de serviços de saúde com excelência (Colauto & Beuren, 2003). Outros modelos integrativos para a gestão do conhecimento no contexto da administração hospitalar foram encontrados na literatura (Abidi, 2001; Barbosa, Gonçalves, Simonetti & Leitão, 2009; Bose, 2003; Colauto & Beuren, 2003).

A construção de sentido em organizações hospitalares é fundamental para o aprendizado organizacional (Gonçalo & Borges, 2010), influenciando a criação do conhecimento e a tomada de decisão. O compartilhamento de conhecimento deve ser institucionalizado, adquirindo a abordagem do erro um papel relevante em todo esse processo (Kim *et al.*, 2012).

Os hospitais apresentam-se como grupos de agentes autônomos e independentes, necessitando de construção de sentido, construção de relacionamentos e perda de acoplamentos para ganhar adaptabilidade (Rangachari, 2009). Venkatesh *et al.* (2011) evidenciam que os médicos tendem a afetar negativamente a implementação de sistemas eletrônicos de saúde, questionando a sua validade em detrimento ao seu conhecimento tácito estabelecido. Entre os temores apresentados para o não envolvimento em atividades de gestão do conhecimento, destacam-se o medo de perda de um conhecimento valioso, a percepção de perda de tempo na participação desses projetos, o receio de publicação de informações confidenciais e a falta de uma cultura organizacional para embasar tais práticas (Ragab & Arisha, 2013). Para abarcar tais desafios em várias dimensões, a perspectiva da gestão do conhecimento exige uma visão integrativa sobre o tema, assim como a sua devida contextualização relacionada às diferentes contingências que podem influenciar o desempenho dos construtos.

4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS: PROPOSTA DE UM MODELO INTEGRATIVO PARA GESTÃO DO CONHECIMENTO NO CONTEXTO HOSPITALAR

Considerando-se as especificidades do contexto hospitalar, faz-se necessária a instanciação do *framework* genérico de Gestão do Conhecimento (Figura 1) em um modelo integrativo de caráter prático que oriente a implantação de iniciativas de Gestão do Conhecimento. A seguir, estão descritos os seguintes pilares que compõem esse modelo: capacidade absorptiva, criação de conhecimento, construção de significado, tomada de decisão,

aprendizado, sistemas de suporte à decisão clínica e abordagem do erro.

O modelo inicia-se pela capacidade absorptiva relacionada ao corpo clínico assistencial, formado por médicos, enfermeiros, técnicos em saúde e colaboradores, que se renova continuamente ao longo do tempo (Easterby-Smith *et al.*, 2008). Trata-se do fator antecedente primordial para a criação e transferência do conhecimento. A formação educacional e a experiência prévia na área de atuação aumentam a sensibilidade do profissional para a necessidade de conhecimento científico (Jones, 2002). Práticas de recursos humanos como treinamento e avaliações de competências podem influenciar as habilidades profissionais, impactando a aquisição e assimilação de novos conhecimentos, ou seja, a capacidade absorptiva potencial de indivíduos, grupos e da organização (Bate & Robert, 2002; Minbaeva *et al.*, 2003). Já práticas como a promoção por meritocracia, remuneração por desempenho e comunicação interna atuam sobre a motivação das pessoas, influenciando a capacidade para transformar e explorar novos conhecimentos, ou seja, a capacidade absorptiva realizada (Minbaeva *et al.*, 2003).

A capacidade absorptiva, o compartilhamento e a transferência de conhecimento são influenciados por fatores relacionados aos contextos relacional e organizacional (Bate & Robert, 2002; Rashman, Withers & Hartley, 2009), ressaltando-se o *ba* (contexto capacitante) em saúde (Yamazaki & Umemoto, 2010). Confiança, intensidade de vínculos, proximidade cultural, experiência prévia em pesquisa e desenvolvimento fazem parte desse processo (Becerra *et al.*, 2008; Castro, 2013). O compartilhamento do conhecimento adquire importância fundamental, uma vez que a complementaridade de conhecimentos oriundos de diversas áreas assistenciais contribui para a eficácia, resolutividade e efetividade das ações desempenhadas (Myllärniemi, Laihonen, Karppinen & Seppänen, 2012).

A criação do conhecimento em uma organização hospitalar constitui-se em um dos principais pilares da gestão do conhecimento. O conhecimento pode ser adquirido por meio de pesquisas e literatura especializada na área de saúde, por meio de evidências da literatura, como na Medicina Baseada em Evidências (Evidence Based Medicine Working Group, 1992), *guidelines* clínicos ou por recomendações de *experts* (Simonon *et al.*, 2009). A Medicina Baseada em Evidências constitui-se em um paradigma com vinte e dois anos de existência, que visa a utilização explícita das melhores evidências atuais da literatura médica para a tomada de decisão frente a um paciente individual, considerando-se também as necessidades e desejos dos pacientes e a experiência do profissional

(Evidence Based Medicine Working Group, 1992; Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes & Richardson, 1996). Tal conhecimento deve ser adquirido, assimilado, transformado e explorado, a fim de incorporar as evidências especializadas na excelência da prestação de serviços. Esse processo, no entanto, é lento e multifacetado em saúde (Jones, 2002), conseqüente à complexidade da área, excesso de hipóteses e acesso precário ao conhecimento (Simonen *et al.*, 2009). Limitações de tempo para estudo e reflexão, em virtude de carga horária excessiva de trabalho, contribuem sobremaneira para a pequena utilização de pesquisas na prática assistencial. A melhoria de acesso às opiniões de especialistas, além de diretrizes e protocolos clínicos, contribui sobremaneira para o auxílio da pesquisa na tomada de decisão profissional (Simonen *et al.*, 2009).

Os conhecimentos explícitos e tácitos representam as bases da tomada de decisão em saúde (Nicolini *et al.*, 2008), apresentando diferenças marcantes em sua natureza, dinâmica de construção, armazenamento e compartilhamento, em equipes multidisciplinares de saúde (Bose, 2003). A codificação e a personalização devem ser combinadas nos hospitais (Sheffield, 2008). A codificação de conhecimento explícito em saúde pode ser realizada por meio da Medicina Baseada em Evidências (Abalos, Carroli & Mackey, 2005), protocolos clínicos de atuação (Yamazaki & Umemoto, 2010), pesquisas bibliográficas, diretrizes e opiniões de especialistas, entre outros (Bordoloi & Islam, 2012).

A tecnologia, com sistemas de informação, prontuários eletrônicos de pacientes (PEPs), intranets, *e-mails*, mensagens e alertas, apresenta-se como ferramenta de suporte para decisões clínicas (Bordoloi & Islam, 2012). Os sistemas de informação em saúde (*health information systems*) auxiliam a construção de um repositório de informações, visando fornecer acesso rápido a informações clínicas relevantes de pacientes e patologias de forma a facilitar o processo de tomada de decisão (Kawamoto, Houlihan, Balas & Lobach, 2005). Os sistemas de suporte à decisão clínica (SSDC) com a integração de histórico assistencial, exames realizados e disponibilização de protocolos de condutas podem auxiliar na tomada de decisão. Os profissionais de saúde, porém, apresentam muitas dúvidas quanto ao impacto dos registros eletrônicos de saúde sobre a privacidade, segurança do paciente, qualidade do cuidado assistencial e eventuais demandas legais (Ludwick & Doucette, 2009), existindo, muitas vezes, uma percepção de que a tecnologia pode prejudicar o diálogo e o envolvimento emocional, importantes na assistência à saúde (McGrath, Arar & Pugh, 2007). Aidemark (2005) evidencia um processo social e cognitivo delicado para implementação de uma intranet em um

hospital. Venkatesh *et al.* (2011) ressaltam a importância dos laços dentro e fora das equipes assistenciais para a implementação e utilização de sistemas eletrônicos de saúde, assim como as contribuições positivas da comunicação, da intensidade de vínculos e relacionamentos interpessoais e tempo dedicado a essa construção para a implantação de sistemas eletrônicos de saúde.

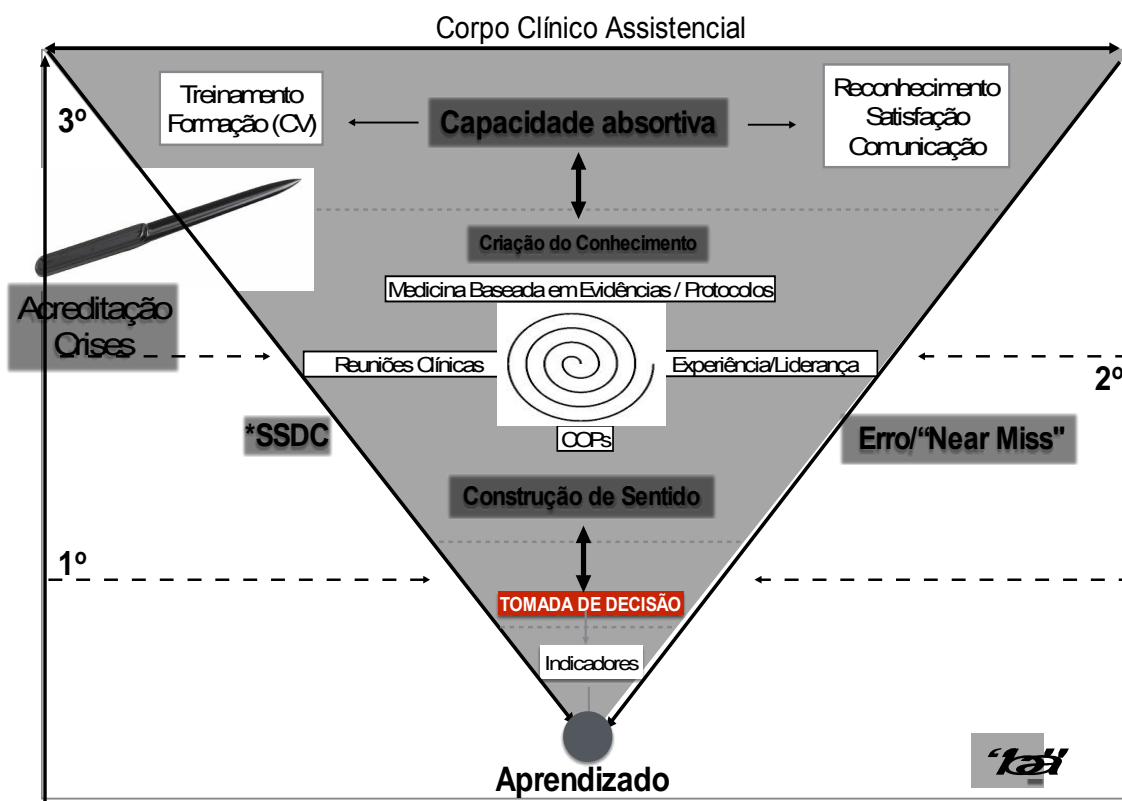
O conhecimento tácito representa a grande fonte de vantagem competitiva de uma organização prestadora de serviços de saúde. Tal conhecimento, mais valioso por sua própria natureza, deve ser abordado por meio da personalização, estimulando-se o contato face a face para o seu compartilhamento (Bate & Robert, 2002; Gabbay & Le May, 2004). As comunidades de prática contribuem para a transferência de conhecimento tácito entre profissionais de saúde (Addicott, McGivern & Ferlie, 2006; Tagliaventi & Mattarelli, 2006), proporcionando a internalização de novos conhecimentos (Gabbay & Le May, 2004) e o planejamento de ações que facilitam a tomada de decisão (Lathlean & Le May, 2002). Comunidades de prática virtuais apresentam-se como uma nova alternativa em saúde (Razzaque *et al.*, 2013), compartilhando-se opiniões, mensagens e recursos (Demiris, 2006).

A abordagem do erro em organizações hospitalares apresenta-se crítica. Estima-se que cerca de 44.000 a 98.000 mortes por ano durante internações em hospitais americanos sejam causadas por motivos não relacionados às condições clínicas dos pacientes, mas sim por erros cometidos dentro dessas instituições (Kohn *et al.*, 2000). Os relatos de erros, quase erros ou eventos adversos na área médico-assistencial encontram barreiras diversas, destacando-se os receios, medos e riscos de ações disciplinares e litigiosas (Eadie, 2012). Os custos resultantes de crises e litígios oriundos da má prática assistencial superam, no entanto, enormemente os receios citados, sendo imperativa a criação de uma cultura aberta para a notificação e para o aprendizado (Leape, 2002). Perda de reputação e divulgação pública de eventos não contribuem para fomentar tais notificações. Destacam-se as ações implementadas pelo sistema público de saúde do Reino Unido, como o National Reporting and Learning System e o Safe Today – Safe Tomorrow, a fim de incrementar os relatos e as notificações de eventos adversos e *near-misses* (Eadie, 2012).

Por fim, a eficácia e a efetividade da gestão do conhecimento devem ser acompanhadas dentro da organização hospitalar. Partindo da premissa de que a competência central da prestação de serviços hospitalares está focada na qualidade e na segurança assistencial, propõe-se a metodologia do Balanced Scorecard para a adoção de indicadores de desempenho organizacionais relacionados ao

contexto da administração hospitalar, macro, que reflitam as premissas da visão e da missão organizacionais, como satisfação de clientes externos e internos (Kaplan & Norton, 1996). As práticas de gestão de conhecimento também devem ser avaliadas em eficácia e efetividade por meio de indicadores clínicos específicos, micro, para as diversas áreas especialidades e áreas de atuação, customizados para os devidos contextos (Santos-Filho, 2007). Santos-Filho (2007) relata que o acompanhamento de indicadores em saúde deve contribuir para o aprimoramento da qualidade dos serviços prestados. O acompanhamento de indicadores assistenciais constitui uma realidade em diversas organizações hospitalares, sendo também fomentado pelos processos de acreditação hospitalar, representando a mensuração da eficácia da gestão do conhecimento no contexto da administração hospitalar, ativo este não financeiro (Vignochi, Gonçalves & Rojas Leanza, 2014).

Os indicadores apresentam uma concepção de quantificação em sua natureza, ressaltando-se a importância de critérios de validade e confiabilidade em sua seleção (Souza *et al.*, 2009), e podem variar de acordo com as necessidades da organização, estando em “consonância com as características e demandas de saúde da população” (Vignochi *et al.*, 2014, p.498). Como um processo racional, no entanto, representa uma pequena amostra dentro do universo de possibilidades. A sua análise deve ser realizada por meio de uma visão holística de todo o modelo, cujo objetivo final consiste no aprendizado. Uma organização de saúde que aprende deve ser capaz de resolver problemas complexos altamente intensivos em conhecimento e buscar identificar estratégias de reconfiguração de suas atividades, segundo uma nova cadeia interna de valor (Gonçalo & de Lourdes Borges, 2010).



*Sistemas de Suporte à Decisão Clínica

Figura 2 – Framework para a gestão do conhecimento em organizações hospitalares
Fonte: Desenvolvido pelos autores

Um dos principais gatilhos de ativação para a criação de conhecimento e acompanhamento de indicadores de desempenho em organizações hospitalares são os programas para acreditação hospitalar e as crises. Easterby-Smith *et al.* (2008) estudaram um hospital público do Reino Unido em

que ambos os fatores representaram gatilhos de ativação, resultando na melhoria de qualidade institucional. No Brasil, o Programa de Acreditação Hospitalar foi criado em 1997, com o objetivo de promover um processo de melhoria permanente da qualidade da assistência médica, por meio da

avaliação e verificação de todos os serviços de um hospital. O processo de Acreditação encontra-se em franco movimento de expansão, passando de 103 hospitais credenciados em 2009, para 318 em 2012 (Feldman, Gatto & Cunha, 2005). O modelo descrito é apresentado na Figura 2.

5) CONSIDERAÇÕES FINAIS

A complexidade da gestão do conhecimento no contexto da administração hospitalar é uma realidade, relacionando-se com a heterogeneidade e possibilidades de práticas assistenciais, com a autonomia de profissionais para a tomada de decisão e com os custos exponenciais crescentes da assistência em saúde. Tal complexidade expõe os limites do conhecimento para a abordagem de seu próprio tema de estudo, integrando, porém, políticas e práticas que contemplam perspectivas macro (estratégica) e micro (tático-operacional) dentro da organização, abrindo também as suas fronteiras para o ambiente externo e reconfiguração de suas capacidades dinâmicas. Ela reduz ambiguidades e explicita paradoxos pela construção de sentido, desenvolve pessoas e lideranças pelo incremento à sua capacidade absorptiva, pela criação e pelo compartilhamento de conhecimentos, pela socialização, além de facilitar o processo de tomada de decisão.

O processo de tomada de decisão em saúde é complexo, sendo que as decisões efetuadas representam um ponto de convergência dessas políticas e práticas de gestão do conhecimento e o resultado da atividade fim de uma organização hospitalar. A tomada de decisão pode ser mensurada objetivamente por indicadores globais organizacionais ou específicos para as diversas áreas assistenciais. Tais indicadores refletem a qualidade, a segurança e a entrega da proposta de valor institucional, sendo passíveis de comparação com organizações afins, em uma cultura de aprendizado dinâmica.

Convém ressaltar a limitação de que o modelo proposto não foi empiricamente validado até o momento em nenhuma organização. A construção de um modelo teórico, porém, pode representar um ponto de partida para a busca da evidência empírica, ainda que dados coletados dessas evidências possam alterar o modelo inicialmente proposto (Yin, 2010). Adicionalmente, há que se reconhecer que a adoção desse modelo não é uma tarefa trivial, requerendo das organizações a observância dos seguintes desafios: alinhamento das iniciativas de Tecnologia da Informação e Comunicação (TICs) com os processos organizacionais, implantação de uma governança de Gestão do Conhecimento que considere os *stakeholders*, envolvimento da área de Recursos

Humanos nas mudanças culturais necessárias, uso de mecanismos de gestão de mudanças por conta da adesão às várias mudanças organizacionais que a implantação do modelo exigiria.

Assim sendo, como sugestão de próximos passos e trabalhos futuros, recomenda-se a implantação do referido modelo em alguma organização. Como etapas futuras da pesquisa, cabe comunicar que estão alinhavadas entrevistas em quatro hospitais de referência nacional (dois em São Paulo, um no Rio de Janeiro e outro no Rio Grande do Sul) com intuito de apresentar o modelo para obter a validação de gestores médicos que são especialistas no contexto (Spector, 1992; Hinkin, 1995). Convém informar que já está autorizada a realização de um projeto piloto baseado nesse modelo em uma rede hospitalar de grande porte, na qual um dos pesquisadores faz parte do corpo clínico. Considerando a abrangência do modelo proposto, uma recomendação para sua aplicação é restringir inicialmente o projeto piloto a um setor do hospital para melhor controle de variáveis, escalando gradualmente a implantação à medida que forem sendo internalizadas as novas práticas. Além da implantação, outro passo importante é a mensuração dos resultados do modelo de gestão do conhecimento, atestando assim a efetividade de sua aplicação.

REFERÊNCIAS

- Abalos, E., Carroli, G., & Mackey, M. E. (2005). The tools and techniques of evidence-based medicine. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 19(1), 15-26.
- Abidi, S. S. R. (2001). Knowledge management in healthcare: towards 'knowledge-driven' decision-support services. *International Journal of Medical Informatics*, 63(1), 5-18.
- Aciole, G. G. (2012). A Gestão da Clínica: conceitos e fundamentos para a inovação gerencial. In Damázio, L. F. & Gonçalves, C. A. (Eds), *Desafios da Gestão Estratégica em Serviços de Saúde: caminhos e perspectivas* (Vol. 1, pp. 41-73): Elsevier Brasil.
- Addicott, R., McGivern, G., & Ferlie, E. (2006). Networks, organizational learning and knowledge management: NHS cancer networks. *Public Money and Management*, 26(2), 87-94.
- Aidemark, J. (2005). Implementing intranet for social and cognitive knowledge processes. *International Journal of Healthcare Technology and Management*, 6(4), 357-367.

- Alavi, M., & Leidner, D. E. (2001). Review: Knowledge management and knowledge management systems: Conceptual foundations and research issues. *MIS Quarterly*, 107-136.
- Araujo, R. P., Mottin, A., & Rezende, J. (2013). Gestão do conhecimento e do capital intelectual: mapeamento da produção acadêmica brasileira de 1997 a 2011 nos encontros da ANPAD. *Organizações & Sociedade*, 20(65), 283-301.
- Argyris, C. (1976). Single-loop and double-loop models in research on decision making. *Administrative Science Quarterly*, 363-375.
- Argyris, C., & Schon, D. A. (1996). *Organizational Learning II*: Addison Wesley.
- Barbosa, J. G. P., Gonçalves, A. A., Simonetti, V., & Leitão, A. R. (2009). A proposed architecture for implementing a knowledge management system in the Brazilian National Cancer Institute. *BAR-Brazilian Administration Review*, 6(3), 247-262.
- Barney, J. (1991). Firm resources and sustained competitive advantage. *Journal of Management*, 17(1), 99-120.
- Bate, S. P., & Robert, G. (2002). Knowledge management and communities of practice in the private sector: lessons for modernizing the National Health Service in England and Wales. *Public Administration*, 80(4), 643-663.
- Becerra, M., Lunnan, R., & Huemer, L. (2008). Trustworthiness, risk, and the transfer of tacit and explicit knowledge between alliance partners. *Journal of Management Studies*, 45(4), 691-713.
- Bordoloi, P., & Islam, N. (2012). Knowledge Management Practices and Healthcare Delivery: A Contingency Framework. *Electronic Journal of Knowledge Management*, 10(2).
- Bose, R. (2003). Knowledge management-enabled health care management systems: capabilities, infrastructure, and decision-support. *Expert Systems with Applications*, 24(1), 59-71.
- Bouthillier, F., & Shearer, K. (2002). Understanding knowledge management and information management: the need for an empirical perspective. *Information Research*, 8(1), 8-1.
- Castro, J. M. de. (2013). Fatores determinantes em processos de transferência de conhecimentos: um estudo de caso na Embrapa Milho e Sorgo e firmas licenciadas. *Revista de Administração Pública*, 47(5), 1283-1306.
- Castro, J. M. de, Guimarães, L. de O., & Diniz, D. M. (2013). The role of the relational context factors in the technological knowledge transfer: a case study of a public sector agribusiness research organization. *Tourism & Management Studies*, 9(2), 130-135.
- Choo, C. W. (2003). A organização do conhecimento. São Paulo: SENAC.
- Choo, C. W., & Alvarenga Neto, R. C. D. de. (2010). Beyond the ba: managing enabling contexts in knowledge organizations. *Journal of Knowledge Management*, 14(4), 592-610.
- Christenssen, C. M., Harvey, G. J., & Hwang, J. (2009). *Inovação na gestão da saúde: a receita para reduzir custos e aumentar qualidade*. Porto Alegre: Artmed.
- Cohen, W. M., & Levinthal, D. A. (1990). Absorptive capacity: a new perspective on learning and innovation. *Administrative Science Quarterly*, 35(1), 128-152.
- Colauto, R. D., & Beuren, I. M. (2003). Proposta para avaliação da gestão do conhecimento em entidade filantrópica: o caso de uma organização hospitalar. *Revista de Administração Contemporânea*, 7(4), 163-185.
- Croskerry, P., & Nimmo, G. R. (2011). Better Clinical Decision Making and Reducing Diagnostic Error. *JR Coll Physicians Edinb*, 41(2), 155-162.
- Davenport, T. H. (1998). *Conhecimento empresarial*. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Davenport, T. H., & Glaser, J. (2002). Just-in-time delivery comes to knowledge management. *Harvard Business Review*, 80(7), 107-111.
- Souza, A. de, Guerra, M., Guerra, C. O., Gomide, P. L. R., Pereira, C. M., & Freitas, D. A. (2009). Controle de gestão em organizações hospitalares. *REGE Revista de Gestão*, 16(3), 15-29.
- Demiris, G. (2006). The diffusion of virtual communities in health care: concepts and

- challenges. *Patient Education and Counseling*, 62(2), 178-188.
- Diakoulakis, I. E., Georgopoulos, N. B., Koulouriotis, D. E., & Emiris, D. M. (2004). Towards a holistic knowledge management model. *Journal of Knowledge Management*, 8(1), 32-46.
- Dopson, S., & Fitzgerald, L. (2005). *Knowledge to action? evidence-based health care in context*. Oxford: Oxford University Press.
- Eadie, A. (2012). Medical error reporting should it be mandatory in Scotland? *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 19(7), 437-441.
- Easterby-Smith, M., Graça, M., Antonacopoulou, E., & Ferdinand, J. (2008). Absorptive capacity: A process perspective. *Management Learning*, 39(5), 483-501.
- Eggers, J. P., & Kaplan, S. (2009). Cognition and renewal: Comparing CEO and organizational effects on incumbent adaptation to technical change. *Organization Science*, 20(2), 461-477.
- Eisenhardt, K. M. (1989). Building theories from case study research. *Academy of Management Review*, 14(4), 532-550.
- Evidence Based Medicine Working Group. (1992). Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA: the Journal of the American Medical Association*, 268(17), 2420.
- Feldman, L. B., Gatto, M. A. F., & Cunha, I. (2005). História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. *Acta Paul Enferm*, 18(2), 213-219.
- Gabbay, J., & Le May, G. (2004). Do We Use Guidelines or Mindlines? *BMJ*, 329, 1013.
- Galende, J. (2006). Analysis of technological innovation from business economics and management. *Technovation*, 26(3), 300-311.
- Garvin, D. A. (1993). Building a learning organization. *Harvard Business Review*, 71(4), 78-92.
- Gonçalo, C. R., & Borges, M. de L. (2010). Organizações de Saúde Intensivas em Conhecimento: um estudo no contexto de serviços de alta complexidade. *Saúde e Sociedade*, 19(2), 449-461.
- Greenhalgh, T., Howick, J., & Maskrey, N. (2014). Evidence based medicine: a movement in crisis? *BMJ*, 348, g3725.
- Guptill, J. (2005). Knowledge management in health care. *J Health Care Finance*, 31(3), 10-14.
- Hansen, M., Nohria, N., & Tierney, T. (1999). What's your strategy for managing knowledge? *Harvard Business Review*, 77(2), 106.
- Hinkin, T. (1995). A review of scale development practices in the study of organizations, *Journal of Management*, 21(5), 967-988.
- Hopen, N.; Lapointe, L., & Moreau, E. (1996). Um guia para avaliação de artigos de pesquisas em sistemas de informações. *READ – Revista Eletrônica de Administração*, 2(2), 1-34.
- Jones, P. (2002). Applying evidence and theory to guide clinical decision making –implications for asthma management. *Respiratory Medicine*, 96(8), 567-571.
- Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (1996). Using the balanced scorecard as a strategic management system. *Harvard Business Review*, 74(1), 75-85.
- Kawamoto, K., Houlihan, C. A., Balas, E. A., & Lobach, D. F. (2005). Improving clinical practice using clinical decision support systems: a systematic review of trials to identify features critical to success. *BMJ*, 330(7494), 765.
- Kazandjian, V. A., & Lied, T. R. (1999). *Healthcare performance measurement: systems design and evaluation*: ASQ Quality Press.
- Kim, Y.-M., Newby-Bennett, D., & Song, H.-J. (2012). Knowledge sharing and institutionalism in the healthcare industry. *Journal of Knowledge Management*, 16(3), 480-494.
- Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (2000). *To Err Is Human: Building a Safer Health System* (Vol. 627): National Academies Press.
- Lathlean, J., & Le May, A. (2002). Communities of practice: an opportunity for interagency working. *Journal of Clinical Nursing*, 11(3), 394-398.

- Leape, L. L. (2002). Reporting of adverse events. *The New England Journal of Medicine*, 347(20), 1633-1638.
- Ludwick, D. A., & Doucette, J. (2009). Adopting electronic medical records in primary care: lessons learned from health information systems implementation experience in seven countries. *International Journal of Medical Informatics*, 78(1), 22-31.
- March, J., & Simon, H. (1975). *Limites cognitivos da racionalidade. Teoria das organizações [Organizational Theory]*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas.
- Massa, S., & Testa, S. (2009). A knowledge management approach to organizational competitive advantage: Evidence from the food sector. *European Management Journal*, 27(2), 129-141.
- McGrath, J. M., Arar, N. H., & Pugh, J. A. (2007). The influence of electronic medical record usage on nonverbal communication in the medical interview. *Health Informatics Journal*, 13(2), 105-118.
- Minbaeva, D., Pedersen, T., Björkman, I., Fey, C. F., & Park, H. J. (2003). MNC knowledge transfer, subsidiary absorptive capacity, and HRM. *Journal of International Business Studies*, 34(6), 586-599.
- Mintzberg, H. (1979). *The structuring of organizations: A synthesis of the research*. University of Illinois at Urbana-Champaign's Academy for Entrepreneurial Leadership Historical Research Reference in Entrepreneurship.
- Myllärniemi, J., Laihonon, H., Karppinen, H., & Seppänen, K. (2012). Knowledge management practices in healthcare services. *Measuring Business Excellence*, 16(4), 54-65.
- Nicolini, D., Powell, J., Conville, P., & Martinez-Solano, L. (2008). Managing knowledge in the healthcare sector. A review. *International Journal of Management Reviews*, 10(3), 245-263.
- Nonaka, I., & Konno, N. (1998). The Concept of "Ba": building a foundation for knowledge creation. *California Management Review*, 40(3).
- Nonaka, I., & Takeuchi, H. (1995). *The Knowledge-Creating Company: How Japanese Companies Create the Dynamics of Innovation*. Oxford: Oxford University Press.
- Orzano, A. J., McInerney, C. R., McDaniel Jr., R. R., Meese, A., Alajmi, B., Mohr, S. M., & Tallia, A. F. (2009). A medical home: Value and implications of knowledge management. *Health Care Management Review*, 34(3), 224-233.
- Orzano, A. J., Ohman-Strickland, P. A., & Patel, M. (2008). What can family medicine practices do to facilitate knowledge management? *Health Care Management Review*, 33(3), 216-224.
- Pérez-Nordtvedt, L., Kedia, B. L., Datta, D. K., & Rasheed, A. A. (2008). Effectiveness and efficiency of cross-border knowledge transfer: An empirical examination. *Journal of Management Studies*, 45(4), 714-744.
- Porter, M. E., & Teisberg, E. O. (2007). *Repensando a saúde*. Porto Alegre: Bookman.
- Ragab, M. A., & Arisha, A. (2013). Knowledge management and measurement: a critical review. *Journal of Knowledge Management*, 17(6), 873-901.
- Rangachari, P. (2009). Knowledge sharing networks in professional complex systems. *Journal of Knowledge Management*, 13(3), 132-145. doi: 10.1108/13673270910962923.
- Rashman, L., Withers, E., & Hartley, J. (2009). Organizational learning and knowledge in public service organizations: A systematic review of the literature. *International Journal of Management Reviews*, 11(4), 463-494.
- Razzaque, A., Eldabi, T., & Jalal-Karim, A. (2013). Physician virtual community and medical decision making: Mediating role of knowledge sharing. *Journal of Enterprise Information Management*, 26(5), 500-515.
- Rector, A. L. (1999). Clinical terminology: why is it so hard? *Methods of Information in Medicine*, 38(4/5), 239-252.
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ: British Medical Journal*, 312(7023), 71.
- Santos-Filho, S. B. (2007). Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em

- Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(4), 999-1010.
- Schon, D. A. (1975). Deutero-learning in organizations: Learning for. *Organizational Dynamics*, 4(1), 2-16.
- Sheffield, J. (2008). Inquiry in health knowledge management. *Journal of Knowledge Management*, 12(4), 160-172.
- Simonen, O., Viitanen, E., Lehto, J., & Koivisto, A.-M. (2009). Knowledge sources affecting decision-making among social and health care managers. *Journal of Health Organization and Management*, 23(2), 183-199.
- Spector, P. E. (1992). Summated rating scale construction: an introduction. *Sage University Paper Series on Quantitative Applications in the Social Sciences*, 7-82.
- Tagliaventi, M. R., & Mattarelli, E. (2006). The role of networks of practice, value sharing, and operational proximity in knowledge flows between professional groups. *Human Relations*, 59(3), 291-319.
- Takeuchi, H., & Nonaka, I. (2008). *Gestão do conhecimento*. Porto Alegre: Bookman.
- Venkatesh, V., Zhang, X., & Sykes, T. A. (2011). "Doctors do too little technology": A longitudinal field study of an electronic healthcare system implementation. *Information Systems Research*, 22(3), 523-546.
- Vignochi, L., Gonçalo, C. R., & Rojas Leanza, Á. G. (2014). How do hospital managers use performance indicators? *Revista de Administração de Empresas*, 54(5), 496-509.
- Volberda, H. W., Foss, N. J., & Lyles, M. A. (2010). Perspective-Absorbing the concept of absorptive capacity: How to realize its potential in the organization field. *Organization Science*, 21(4), 931-951.
- Waring, J., & Currie, G. (2009). Managing expert knowledge: organizational challenges and managerial futures for the UK medical profession. *Organization Studies*, 30(7), 755-778.
- Waring, J. J., & Bishop, S. (2010). "Water cooler" learning: Knowledge sharing at the clinical "backstage" and its contribution to patient safety. *Journal of Health Organization and Management*, 24(4), 325-342.
- Weick, K. E. (1979). *The social psychology of organizing*: McGraw-Hill Humanities/Social.
- Whelan, E., Collings, D. G., & Donnellan, B. (2010). Managing talent in knowledge-intensive settings. *Journal of Knowledge Management*, 14(3), 486-504.
- Yamazaki, T., & Umemoto, K. (2010). Knowledge management of healthcare by clinical-pathways. *Journal of Information & Knowledge Management*, 9(02), 119-125.
- Yin, R. K. (2010). Estudo de Caso: planejamento e métodos, tradução Ana Thorell, revisão técnica Cláudio Damascena: Porto Alegre: Bookman.
- Zahra, S. A., & George, G. (2002). Absorptive capacity: A review, reconceptualization, and extension. *Academy of Management Review*, 27(2), 185-203.