



UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA
ALEXANDRE FELIPE MACHADO

**AVALIAÇÃO DA GESTÃO DO CONHECIMENTO EM UM HOSPITAL:
PROPOSTA DE UMA ESTRUTURA CONCEITUAL NA PERSPECTIVA DE
GESTORES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Florianópolis
2016

ALEXANDRE FELIPE MACHADO

**AVALIAÇÃO DA GESTÃO DO CONHECIMENTO EM UM HOSPITAL:
PROPOSTA DE UMA ESTRUTURA CONCEITUAL NA PERSPECTIVA DE
GESTORES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Administração da Universidade do Sul de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Administração.

Orientadora: Profa. Dra. Clarissa Carneiro Mussi.

Florianópolis

2016

M13 Machado, Alexandre Felipe, 1983-

Avaliação da gestão do conhecimento em um hospital : proposta de uma estrutura conceitual na perspectiva de gestores e profissionais de saúde / Alexandre Felipe Machado. – 2016.

145 f. : il. color.; 30 cm

Dissertação (Mestrado) – Universidade do Sul de Santa Catarina, Pós-graduação em Administração.

Orientação: Profa. Dra. Clarissa Carneiro Mussi

1. Gestão do conhecimento. 2. Hospitais - Administração. I. Mussi, Clarissa Carneiro. II. Universidade do Sul de Santa Catarina. III. Título.

CDD (21. ed.) 658.4038

ALEXANDRE FELIPE MACHADO

**AVALIAÇÃO DA GESTÃO DO CONHECIMENTO EM UM HOSPITAL:
PROPOSTA DE UMA ESTRUTURA CONCEITUAL NA PERSPECTIVA DE
GESTORES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Esta dissertação foi julgada adequada para obtenção do Título de Mestre em Administração, e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade do Sul de Santa Catarina.

Florianópolis, 19 de dezembro de 2016.

Professora e Orientadora
Prof^a. Clarissa Carneiro Mussi, Dra.

Prof^o. Cláudio Reis Gonçalo, Dr.

Prof^o.Ademar Dutra, Dr.

Esta dissertação é dedicada ao meu grande amor, minha esposa Mônica da Silva Pereira, por todo incentivo e amor, à minha filha Larissa da Silva Machado pelo carinho e motivação e aos meus pais Evaldo Sebastião Machado e Terezinha Marchi pelo incentivo e suporte durante mais esta empreitada.

AGRADECIMENTOS

À professora Dr^a. Clarissa Carneiro Mussi pela excelente orientação, dedicação e comprometimento. Sua ajuda foi crucial em todas as etapas da confecção desta dissertação.

Aos colaboradores do hospital onde a pesquisa foi realizada, pela contribuição e direcionamento deste trabalho.

Aos membros da banca pelas contribuições e sugestões de melhoria.

Aos professores e colegas da Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL – que por meio do Programa de Pós-Graduação em Administração deram o apoio necessário para realização do curso.

A Mônica da Silva Pereira por estar ao meu lado em todos os momentos e me incentivar a dar o meu melhor.

A minha pequena Larissa da Silva Machado por me motivar todos os dias com sua alegria e seu amor.

Aos meus pais pelo incentivo e suporte durante esta árdua jornada.

Estendo um agradecimento especial ao FUMDES, que forneceu bolsa para a conclusão deste estudo.

RESUMO

Esta pesquisa investigou critérios para a avaliação da gestão do conhecimento em uma instituição hospitalar considerando a percepção dos seus gestores e profissionais de saúde. Metodologicamente, a pesquisa caracterizou-se como qualitativa, do tipo estudo de caso. Entrevistas semiestruturadas, grupo de foco, observação participante e pesquisa documental foram utilizados para a coleta dos dados. A análise dos dados seguiu os procedimentos de codificação e categorização mista. Como resultados da pesquisa apresentou-se uma estrutura conceitual composta por 6 áreas que representam a preocupação dos participantes quanto aos capacitadores que otimizam a implantação e sustentação dos processos de gestão do conhecimento: (i) Políticas e Estratégias de Gestão do Conhecimento, (ii) Cultura Organizacional, (iii) Estrutura Organizacional, (iv) Liderança, (v) Tecnologia da Informação, (vi) Gestão de Pessoas. Estas áreas de preocupação foram estruturadas em 18 subáreas e 42 temas correspondentes. Um conjunto de possíveis indicadores para cada um dos temas foi delineado. A estrutura resultante deste estudo poderá contribuir para o avanço das práticas de implantação e avaliação da gestão do conhecimento em hospitais. Os resultados ainda permitiram identificar que, mesmo com características peculiares, os hospitais precisam se preocupar com aspectos de avaliação da gestão do conhecimento comuns a organizações inseridas em outros setores.

Palavras-chave: gestão do conhecimento, hospital, gestão da saúde, avaliação.

ABSTRACT

This research investigated criteria for the evaluation of knowledge management in a hospital institution considering the perception of its managers and health professionals. Methodologically, the research was characterized as qualitative, of the case study type. Semistructured interviews, focus group, participant observation and documentary research were used to collect the data. Data analysis followed the coding and mixed categorization procedures. As a result of the research, a conceptual structure composed of 6 areas that represent the participants' concerns regarding the trainers that optimize the implementation and sustainability of the knowledge management processes are presented: (i) Knowledge Management Policies and Strategies, (ii) Organizational Culture, (iii) Organizational Structure, (iv) Leadership, (v) Information Technology, (vi) People Management. These areas of concern were structured in 18 subareas and 42 corresponding themes. A set of possible indicators for each of the themes was outlined. The structure resulting from this study can contribute to the advancement of the practices of implantation and evaluation of knowledge management in hospitals. The results also allowed us to identify that, even with peculiar characteristics, hospitals need to be concerned with aspects of knowledge management evaluation common to organizations inserted in other sectors.

Keywords: knowledge management, hospital, health management, evaluation.

LISTA DE ABREVIATURAS

GC – Gestão do Conhecimento

Proknow-C – *Knowledge Development Process–Constructivist*

RBV – Visão Baseada em Recursos da Empresa

KBV – Visão Baseada no Conhecimento

TI – Tecnologia da Informação

KNM – Knowledge Navigator Model

KM – Knowledge Management

G-KMMM - Modelo de Maturidade Geral da Gestão do Conhecimento

KPA - Áreas de Processos Chave

KMMM – Modelo de Maturidade da Gestão do Conhecimento

EKMM – Enterprise Knowledge Management Model

CKMPEF – Framework para avaliação da gestão do conhecimento baseada na capacidade

DCV – Visão das capacidades dinâmicas

KMC – Gestão do conhecimento baseada na capacidade

KMI – Índice de Gestão do Conhecimento

BSC – Balanced Scorecard

CBAM – Concerns-Based-Adoption-Model

KMPI - Knowledge Management Performance Index

KCP – Processo de circulação do conhecimento

KMS – Knowledge Management System

KDW – Knowledge Data Warehouse

HIS – Sistema de informação hospitalar

DM – Data Mining

DSS – Decision Support System

BI – Business Intelligence

INCA – Instituto Nacional de Câncer

AHP – Processo de hierarquia analítica

GSM – Sistema Global para Comunicações Móveis

KMAT – Knowledge Management Assessment Tool

OKA – Organization Knowledge Assessment

PB – Portfólio Bibliográfico

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

Conep – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

PBB – Portfólio Bibliográfico Bruto

SindSaúde – Sindicato dos trabalhadores da Saúde

SES – Secretaria de Estado da Saúde

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

RUE - Rede de Urgência e Emergência

NUSEP – Núcleo de Segurança do Paciente

POP - Procedimento Operacional Padrão

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Características e benefícios dos modelos de maturidade da Gestão do Conhecimento	38
Figura 2 – Componentes e iniciativas organizacionais	39
Figura 3 – Estágios de desenvolvimento da Gestão do Conhecimento Organizacional	40
Figura 4 – Etapas do roteiro de maturidade STEPS	41
Figura 5 – Níveis de maturidade definidos e dimensões avaliadas	43
Figura 6 – Níveis de Maturidade e áreas de processos chave (KPA) do G-KMMM	45
Figura 7 – Modelo de maturidade da Gestão do Conhecimento	46
Figura 8 – Fatores e indicadores do KMMM	47
Figura 9 – Componentes do EKMM - A Torre do Conhecimento	49
Figura 10 – Processo de pesquisa adotado por Chen e Fong (2012)	52
Figura 11 – <i>Framework</i> para avaliação da Gestão do Conhecimento baseada na capacidade	53
Figura 12 – Critérios de avaliação do modelo de maturidade proposto por Oliva (2014)	54
Figura 13 – <i>Framework</i> proposto para a Gestão do Conhecimento Oncológico	61
Figura 14 – <i>Framework</i> para o desenvolvimento de transferência de conhecimento por unidades hospitalares-no-lar	63
Figura 15 – Modelo de Gestão do Conhecimento proposto por García-Fernández (2015)	64
Figura 16 – Modelo conceitual de desempenho da GC e características avaliadas	66
Figura 17 – Monitor da Gestão do Conhecimento	67
Figura 18 – Comparação da pontuação média para organizações públicas e privadas nas dimensões do KMAT	68
Figura 19 – Estrutura conceitual preliminar	70
Figura 20 – Filtragem conforme o reconhecimento científico	85
Figura 21 – Periódicos de destaque nos artigos e nas referências do Portfólio Bibliográfico	91
Figura 22 – Artigos e autores de destaque no Portfólio Bibliográfico	92
Figura 23 – Autores de destaque em artigos do Portfólio Bibliográfico, em suas referências e no Portfólio Bibliográfico Bruto	93
Figura 24 – Fator de impacto dos periódicos do Portfólio Bibliográfico	95
Figura 25 – Os atores envolvidos na Gestão do Conhecimento	96
Figura 26 – Estrutura Conceitual Resultante: áreas e subáreas de preocupação	120

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Estágios da GC e características dos objetos.....	40
Quadro 2 – Os cinco primeiros critérios fornecidos pelo EKMM	49
Quadro 3 – Relacionamento entre critérios de avaliação de GC e componentes da Torre de Conhecimento	50
Quadro 4 – Pontuação de Referência do EKMM.....	50
Quadro 5 – Pontuação de referência para os relacionamentos dos componentes do modelo global e os critérios.....	51
Quadro 6 – Dimensões do <i>Knowledge Management Performance Scorecard</i> e seus objetivos	56
Quadro 7 – Níveis da GC adotados no <i>framework Knowledge Management Behaviour</i>	57
Quadro 8 – Componentes do KMPI e seus significados	58
Quadro 9 – Os atributos de capacidade de infraestrutura e capacidade de processo.....	59
Quadro 10 – Fontes de dados utilizados na pesquisa de Barbosa et al. (2009).....	62
Quadro 11 – Área de preocupação: políticas e estratégias de gestão do conhecimento.....	72
Quadro 12 – Área de preocupação: cultura organizacional.....	73
Quadro 13 – Área de preocupação: estrutura e liderança organizacional	74
Quadro 14 – Área de preocupação: tecnologia da informação.....	75
Quadro 15 – Área de preocupação: pessoas	75
Quadro 16 – Participantes da pesquisa.....	79
Quadro 17 – Estrutura geral do roteiro de entrevista semiestruturada	80
Quadro 18 – Técnicas de coleta de dados e objetivos específicos	81
Quadro 19 – Portfólio bibliográfico resultante com a aplicação do Proknow-C	87
Quadro 20 – Práticas relacionadas aos processos da gestão do conhecimento no hospital pesquisado	104
Quadro 21 – Área de preocupação Estrutura Organizacional e autores de suporte	116
Quadro 22 – Área de preocupação Liderança e seus autores de suporte.....	117
Quadro 23 – Área de preocupação Tecnologia da Informação e seus autores de suporte.....	118
Quadro 24 – Área de preocupação Gestão de Pessoas	119
Quadro 25 – Área de preocupação “Políticas e Estratégias de Gestão do Conhecimento”: temas e indicadores	121
Quadro 26 – Área de preocupação “Cultura Organizacional”: temas e indicadores.....	123
Quadro 27 – Área de preocupação “Liderança”: temas e indicadores	125
Quadro 28 – Área de preocupação “Tecnologia da Informação”: temas e indicadores	126
Quadro 29 – Área de preocupação “Estrutura Organizacional”: temas e indicadores	127
Quadro 30 – Área de preocupação “Gestão de Pessoas”: temas e indicadores.....	128

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA E PROBLEMA DE PESQUISA	14
1.2 OBJETIVOS	16
1.3 JUSTIFICATIVA	17
2 REVISÃO TEÓRICA	19
2.1 CAPACIDADE ORGANIZACIONAL E CONHECIMENTO	19
2.2 GESTÃO DO CONHECIMENTO	23
2.3 GESTÃO DO CONHECIMENTO EM SAÚDE.....	26
2.3.1 Natureza do conhecimento em saúde	30
2.3.2 Iniciativas, práticas e processos de gestão do conhecimento em saúde	31
2.3.3 Capacitadores e barreiras à gestão do conhecimento em saúde	33
2.4 AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO EM GESTÃO DO CONHECIMENTO	35
2.4.1 Estudos de avaliação da gestão do conhecimento orientados à maturidade	37
2.4.2 Estudos de avaliação da gestão do conhecimento não orientados à maturidade.....	55
2.5 DESENVOLVIMENTO TEÓRICO.....	69
3 METODOLOGIA.....	77
3.1 ABORDAGEM DA PESQUISA.....	77
3.2 TIPO DE PESQUISA	77
3.3 OBJETO DE ESTUDO	78
3.4 COLETA DE DADOS.....	80
3.5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DE DADOS	82
3.6 SELEÇÃO DO PORTFÓLIO BIBLIOGRÁFICO COM O USO DO KNOWLEDGE DEVELOPMENT PROCESS–CONSTRUCTIVIST (PROKNOW-C)	83
3.6.1 Seleção do portfólio bruto de artigos	84
3.6.2 Filtragem do portfólio bruto de artigos	85
3.6.3 Teste de representatividade do portfólio bibliográfico	86
3.7 ÉTICA NA PESQUISA	89
4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	90
4.1 ANÁLISE BIBLIOMÉTRICA DE PUBLICAÇÕES SOBRE O TEMA DE PESQUISA	90
4.1.1 Periódicos de destaque no Portfólio Bibliográfico e em suas referências.....	90
4.1.2 Artigos de destaque no Portfólio Bibliográfico e em suas referências	91
4.1.3 Autores de destaque no Portfólio Bibliográfico e em suas referências.....	92
4.1.4 Fator de impacto dos periódicos encontrados	94

4.2	CARACTERIZAÇÃO DOS ATORES E DOS PROCESSOS DA GESTÃO DO CONHECIMENTO NO HOSPITAL.....	95
4.3	CRITÉRIOS TEÓRICOS DE AVALIAÇÃO DA GESTÃO DO CONHECIMENTO NO CONTEXTO PESQUISADO	105
4.4	ESTRUTURAÇÃO DOS CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO DA GESTÃO DO CONHECIMENTO NO HOSPITAL E PROPOSIÇÃO DE INDICADORES	116
5	CONCLUSÃO.....	129
	REFERÊNCIAS	133
	APÊNDICE	139

1 INTRODUÇÃO

Este capítulo aborda a contextualização do tema de pesquisa e apresenta o problema que se pretende investigar, bem como os objetivos e a justificativa para a realização do estudo.

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA E PROBLEMA DE PESQUISA

O conhecimento vem sendo reconhecido como a fonte de inteligência das organizações, emergindo como seu principal recurso estratégico (NONAKA; VON KROGH; VOELPEL, 2006; LEE; KIM, 2001). O conhecimento indica o capital intelectual de uma organização que pode ser adquirido e compartilhado, incluindo a experiência relacionada com o trabalho (*know-how*) e melhores práticas (LIN, 2007). Muitos pesquisadores e profissionais estão em busca de formas para acumular conhecimento nas organizações de maneira eficaz e gerenciá-lo para obter vantagem competitiva (BRAUN; MUELLER, 2014).

A Gestão do Conhecimento (GC) vem sendo destacada como essencial ao cotidiano dos mais diversos tipos de organizações (HSIEH; LIN; LIN, 2009; BARBOSA et al., 2009; COLAUTO; BEUREN, 2003; LEE; KIM, 2001). Processos de criação, aquisição, compartilhamento, registro e utilização do conhecimento para a promoção do desempenho organizacional, constituem-se em preocupações da GC (WEN, 2009). Por meios destes processos, a GC enfatiza o aproveitamento de recursos existentes na organização, proporcionando a seus colaboradores a utilização das melhores práticas disponíveis que, usadas adequadamente, tornam-se um instrumento estratégico que gera vantagem competitiva (CEGARRA-NAVARRO; CEPEDA-CARRIÓN, 2010; LIN, 2007; COLAUTO; BEUREN, 2003). Com a utilização de práticas e técnicas de GC é possível formalizar o conhecimento tácito, possibilitando assim a melhoria contínua dos processos que exigem o mais alto nível de eficiência (OLIVA, 2014).

Os hospitais, como instituições de saúde, são considerados, do ponto de vista organizacional, como estruturas de maior complexidade de infraestrutura em saúde, tecnologia, insumos e principalmente de alocação de recursos humanos, sua força de trabalho (DUSSAULT, 1992). Dentre os benefícios resultantes da gestão do conhecimento em saúde e, mais especificamente em organizações hospitalares, estão um melhor aproveitamento dos recursos disponíveis (por exemplo, os materiais e medicamentos), a redução de custos e do tempo de ciclo dos serviços, melhorias na capacidade de resposta às necessidades dos pacientes e na qualidade dos cuidados aos pacientes e o aprendizado contínuo dos médicos, enfermeiros

e demais profissionais da organização (BARBOSA et al., 2009, COLAUTO; BEUREN, 2003, ZIGAN; MACFARLANE; DESOMBRE, 2010).

De acordo com Nicolini (2008), as pesquisas referentes à GC em saúde apontam para três temas fundamentais: a natureza do conhecimento na área da saúde; as iniciativas, práticas e processos de GC em saúde e os capacitadores e barreiras à adoção da GC em saúde. De Borba e Neto (2008) reforçam apontando a forte preocupação quanto aos processos de construção e disseminação do conhecimento e suas barreiras em organizações de saúde, principalmente a necessidade de criação de metodologias de construção do conhecimento e de aprendizagem organizacional, pressupostos para a criação de uma cultura para gestão e medicina baseada em evidência.

Neste sentido, a avaliação da gestão do conhecimento em saúde torna-se necessária. Segundo Dutra (2005), ter um processo para avaliação do desempenho de estruturas de trabalho permite identificar e comparar o que foi planejado com o realizado, evidenciando o nível de desempenho. Saber o que avaliar e como avaliar é fundamental para uma gestão válida e legítima, possibilitando aos gestores tomar decisões inteligentes, transparentes e mais adequadas, de acordo com seus valores e contexto (DUTRA et al. 2009).

Um conjunto de estruturas e modelos de avaliação da gestão do conhecimento em organizações pode ser encontrado na literatura. Dentre estes, destacam-se as propostas que buscam avaliar a maturidade da gestão do conhecimento, como, por exemplo, os estudos de Oztemel e Arslankaya (2012), Lee e Kim (2001), Robinson et al. (2006), Hsieh, Lin e Lin (2009), Lin (2007), Khatibian, Hasan e Jafari (2010), Pee e Kankanhalli (2009), Chen e Fong (2012), Kruger e Johnson (2010), Oliva (2014).

Esta avaliação, explicitada por meio de níveis de maturidade, permite aos gestores identificar barreiras impeditivas que precisam ser superadas, fazer ajustes razoáveis, e determinar as necessidades de recursos para alcançar o próximo nível de maturidade e consequentemente aumentar a efetividade do processo de GC (OZTEMEL; ARSLANKAYA, 2012; HSIEH; LIN; LIN, 2009). Os modelos de maturidade de GC, conforme observado no trabalho de Hsieh et al. (2009), proporcionam benefícios para as organizações antes, durante e após a implantação de projetos de GC. Estes benefícios, segundo o autor citado, criam condições de competitividade nos quesitos agilidade, reatividade, inovação e interoperabilidade.

Além das propostas com foco na avaliação da maturidade da GC, identifica-se outras com foco na avaliação da *performance* da GC, por exemplo Lee, Lee e Kang (2005), De Gooijer (2000), Tseng (2008), Zaim, Tatoglu e Zaim (2007); avaliação da efetividade da GC, como é o

caso de Wen (2009); avaliação dos comportamentos da GC como encontrado em Cegarra-Navarro e Cepeda-Carrión (2010) e García-Fernández (2015); avaliação da capacidade da GC, como é o caso de Fan et al. (2009), Chawla e Joshi (2010), Barbosa et al. (2009), Braun e Muller (2014); e avaliação do capital intelectual como em Colauto e Beuren (2003). Apesar da variação no foco da avaliação, os critérios que compõem as estruturas avaliativas apresentam similaridades, englobando aspectos que atuam como capacitadores da GC (por exemplo, cultura organizacional, tecnologia da informação) e aqueles referentes aos processos da GC (por exemplo, compartilhamento do conhecimento, criação do conhecimento).

Entretanto, a maioria dos modelos para avaliação da GC são genéricos, ou seja, desenvolvidos para organizações inseridas em diferentes contextos e setores. Por um lado, este fato remete ao pressuposto de que os mesmos critérios de avaliação observados nos modelos voltados para organizações de forma genérica são compatíveis com organizações de saúde e, em particular, com os hospitais. Dentre os trabalhos pesquisados no âmbito da saúde, tais como Cegarra-Navarro e Cepeda-Carrión (2010); Barbosa et al. (2009); Colauto e Beuren (2003), observou-se também a utilização de critérios similares aos observados em modelos cuja aplicação se deu em organizações não pertencentes a este setor, como Hsieh et al. (2009) e Robinson et al. (2006).

Por outro lado, é entendido que os hospitais apresentam características que lhe são peculiares e que, portanto, os diferenciam das demais organizações (DE BORBA; NETO, 2008; RODRÍGUEZ-MONTES, 2006). Nicolini (2008), por exemplo, ressalta dois aspectos do trabalho em saúde que representam desafios específicos para as práticas de GC neste ambiente: a forte divisão profissional do setor e a influência de outras áreas da sociedade, ou seja, a esfera política.

A partir do contexto apresentado, propõe-se a seguinte pergunta de pesquisa: quais critérios possibilitam a avaliação da gestão do conhecimento em uma organização hospitalar, na perspectiva dos gestores e profissionais de saúde?

1.2 OBJETIVOS

Esta pesquisa tem como objetivo geral, identificar critérios para a avaliação da gestão do conhecimento em uma organização hospitalar, na perspectiva dos gestores e profissionais de saúde. Especificamente, buscar-se-á:

- realizar a análise bibliométrica de publicações sobre a avaliação da gestão do conhecimento nas organizações;
- caracterizar os atores e os processos da gestão do conhecimento no hospital pesquisado;
- identificar a pertinência de critérios teóricos de avaliação da gestão do conhecimento no contexto pesquisado;
- estruturar critérios de avaliação da gestão do conhecimento considerados relevantes para o hospital e propor indicadores de avaliação.

1.3 JUSTIFICATIVA

Este estudo fornece uma revisão sistemática da produção científica sobre avaliação da gestão do conhecimento e de modelos de avaliação da gestão do conhecimento. Esta revisão foi realizada por meio da aplicação da ferramenta Proknow-C, que provê mecanismos e orientações para o desenvolvimento de um estudo de mapeamento da literatura, bibliométrico e sistêmico, de forma estruturada, a partir de um tema definido que, neste caso, aborda a avaliação da GC. Esta revisão está detalhadamente apresentada no tópico 3.6.

A partir de pesquisa nas bases Web of Science (ISI), Scopus e EBSCO, seguindo o alinhamento do conteúdo ao tema em questão e o conjunto de possibilidades de palavras-chave, foram identificados 8.701 artigos. Destes, após um conjunto de procedimentos e análise sistemática previstos pelo Proknow-C, identificou-se 22 artigos com reconhecimento científico alinhados ao tema de pesquisa. Destes, apenas três referiam-se ao contexto saúde - os estudos de Colauto e Beuren (2003), Barbosa et al. (2009) e Cegarra-Navarro e Cepeda-Carrión (2010), sendo os dois primeiros realizados no Brasil.

Portanto, este estudo justifica-se academicamente pelo desenvolvimento do conhecimento sobre o tema avaliação da gestão do conhecimento em um contexto empírico pouco explorado: ambientes hospitalares. Além disso, a análise dos artigos identificados mostra a proeminência de modelos de avaliação da gestão do conhecimento genéricos, isto é, passíveis de aplicação em diferentes contextos. Em virtude do exposto, é possível afirmar que a contribuição também está na busca pela compreensão de até que ponto os aspectos constantes

nestes modelos fazem sentido em organizações hospitalares, dadas as suas peculiaridades ilustradas por: (i) produção e consumo simultâneos; (ii) produtos personalizados; (iii) participação dos clientes (pacientes) nos processos de produção; (iv) produto intangível; e (v) ênfase em pessoas (DE BORBA; NETO, 2008; RODRÍGUEZ-MONTES, 2006).

Reforçando o exposto, observou-se que os trabalhos mais atuais, selecionados com o uso da ferramenta ProKnow-C, remetem ao desenvolvimento de novos estudos sobre o tema avaliação da GC e avaliação da GC na área da saúde. García-Fernández (2015) sugere novas pesquisas que possam validar os critérios estabelecidos em sua pesquisa por meio da aplicação em organizações. De acordo com Oliva (2014), novas pesquisas referentes à avaliação do nível de maturidade da GC em organizações são indicadas. Na área da GC em saúde, cita-se como exemplo o trabalho de Cegarra-Navarro e Cepeda-Carrión (2010) que ressalta a importância de pesquisas futuras como forma de aprimorar os critérios estabelecidos em sua pesquisa.

O trabalho apresenta como contribuição prática, o desenvolvimento de uma estrutura conceitual de avaliação da GC, cujas dimensões são derivadas de um extenso processo de revisão teórica e de informações empíricas advindas de gestores e profissionais de saúde do hospital pesquisado. A estrutura proposta busca sintetizar aspectos da GC por meio da adoção de uma abordagem multidimensional que abrange aspectos relacionados tanto a capacitadores quanto a processos de GC. Esta estrutura pode ser utilizada pelo hospital com o objetivo de avaliação da gestão do conhecimento e conseqüentemente a promoção de ações e estratégias visando o desenvolvimento de políticas e processos de GC. Os componentes da estrutura proposta podem ainda fornecer insight a outros hospitais que desejam empreender ações voltadas à GC e/ou aprimorar as já existentes.

2 REVISÃO TEÓRICA

Este capítulo está estruturado em sete tópicos que buscam, em sua totalidade, fornecer o subsídio teórico necessário para o entendimento da pesquisa. Os tópicos, em sua respectiva ordem são nomeados: (i) Capacidade Organizacional e Conhecimento, (ii) Gestão do Conhecimento, (iii) Gestão do Conhecimento em Saúde, (iv) Avaliação de Desempenho em Gestão do Conhecimento e (v) Desenvolvimento Teórico.

2.1 CAPACIDADE ORGANIZACIONAL E CONHECIMENTO

Com o objetivo de situar historicamente as principais teorias estratégicas desenvolvidas a partir do século XX, Conke (2013) apresenta em sua pesquisa, um breve histórico organizado em quatro períodos, destacando os principais fatos históricos, relacionados à economia, cultura, política, tecnologia, entre outros, e como estes fatos influenciaram o surgimento, aceitação, expansão e consolidação das teorias estratégicas.

O primeiro período refere-se ao início do século (1900-1938), no qual a preocupação da estratégia é semelhante àquela da Administração Científica, qual seja de organizar e controlar a crescente atividade empresarial. Nesta época, a atividade estratégica era composta única e exclusivamente pelo trabalho prático de responsabilidade dos homens de negócios. De acordo com o autor, o Racionalismo e a 1ª Guerra Mundial desempenharam papéis decisivos na formação dos estrategistas.

O Racionalismo, inaugurado por Descartes no século XVII, atingiu seu apogeu no século XVIII e deu origem às organizações e à própria Administração (GUERRAS-MARTÍN et al, 2014). De acordo com o referido autor, o campo do trabalho foi afetado posteriormente pelas ideias racionalistas que, com seus métodos, procurava obter rendimento máximo por operário. A 1ª Guerra Mundial, por sua vez, não deixou de ser um empreendimento que exigiu organização e administração, uma vez que estabeleceu um mercado consumidor para variados produtos, obrigando as empresas relacionadas com este empreendimento a mudarem seus processos produtivos visando atender a demanda de produção em massa exigida (CONKE, 2013). Segundo o autor, este período também retrata o início do uso de estatísticas e orçamentos para auxílio no planejamento financeiro e, na Academia, o interesse girava entre temas como desempenho econômico, técnicas de inventário, produção e controle de mercado.

O segundo período (1939-1964) foi marcado pela consolidação da área de estratégia e pela aceitação do planejamento formal como instrumento essencial de administração (CONKE, 2013). Guerras-Martín et al, (2014) afirmam que a evolução da pesquisa em gestão estratégica pode ser descrita com o uso de dois pêndulos. Um deles oscilando entre as perspectivas internas e externas da empresa enquanto o outro oscila entre as perspectivas micro e macro da empresa.

O advento da 2ª Guerra Mundial propiciou uma aproximação entre o governo e a academia, que passou a oferecer disciplinas buscando a formação de líderes (civis e militares) capazes de implementar eficazmente qualquer estratégia sob quaisquer condições (CONKE, 2013). Contudo, o autor afirma que os desdobramentos da guerra causaram maiores impactos no pensamento estratégico onde, com o surgimento das multinacionais, observou-se a profissionalização dos gerentes que se tornavam trabalhadores em período integral, tomando todas as decisões estratégicas. Esta profissionalização dos administradores incentivou a formalização do planejamento estratégico, que serviria para direcionar as decisões gerenciais.

O terceiro período (1965-1989) foi marcado pelo alto nível de competição e incerteza, exigindo, das organizações, estratégias voltadas aos problemas externos, recorrendo às soluções oferecidas pelas empresas de consultoria (CONKE, 2013). De acordo com o autor, a percepção havia mudado, e o foco era aumentar a participação de mercado do produto mais rentável e aproveitar esse fluxo de caixa para impulsionar outros negócios ainda em desenvolvimento, buscando maior equilíbrio na distribuição dos investimentos dentro do portfólio.

O quarto período (1990-2010), caracterizou-se pelo acesso ilimitado à informação, tornando o conhecimento conceitual e prático dos estrategistas o principal recurso capaz de gerar vantagem competitiva (CONKE, 2013). No campo da gestão estratégica, a obtenção e sustentabilidade de vantagem competitiva tem sido a principal questão em pauta. Com o aumento da incerteza e da dinâmica do ambiente de negócios, o foco da pesquisa estratégica mudou, sendo os recursos internos da organização considerados fatores chave para vantagem competitiva (LEE e KIM, 2001; BRAUN e MUELLER, 2014; ZAIM, TATOGLU e ZAIM, 2007). Conforme os referidos autores, esta mudança refletiu a insatisfação com o quadro estático das abordagens tradicionais, migrando para uma perspectiva mais interna idealizada por Edith Penrose em seu trabalho Penrose (1959) - *Contributions to the resource-based view of strategic management* que, posteriormente, ficou conhecida como Visão Baseada em Recursos (*Resource-Based View – RBV*).

A RBV aponta os recursos e capacidades organizacionais como principais fontes para obtenção e sustentabilidade de vantagem competitiva (KOR; MAHONEY, 2004). Lee e Kim (2001) afirmam existir uma distinção clara entre os recursos e as capacidades organizacionais:

(i) recursos corporativos são insumos básicos para obtenção e sustentabilidade de uma vantagem competitiva. São exemplos de recursos corporativos os equipamentos, habilidades, patentes e dinheiro; (ii) capacidade organizacional é a capacidade de uma empresa para adquirir e utilizar seus recursos na realização de tarefas, proporcionando vantagem competitiva a mesma.

Em um ambiente dinâmico e em rápida mutação, o interesse dos pesquisadores em Capacidades Organizacionais foi ampliado pela Visão Baseada no Conhecimento (Knowledge-Based View – KBV) (COLAUTO; BEUREN, 2003). De acordo com esta nova forma de pensamento, o conhecimento organizacional passa a ser o recurso mais valioso da organização e sua capacidade de gestão estratégica, a fonte mais significativa de vantagem competitiva (LEE; KIM, 2001).

A RBV tinha como meta identificar os recursos produtivos (incluindo o conhecimento) e examinar como estes recursos poderiam ser geridos sob uma perspectiva cognitivista do conhecimento que pressupõe que ele pode ser gerenciado com procedimentos, políticas e práticas previamente definidas. A KBV, por sua vez, faz uso de uma perspectiva construcionista do conhecimento que pressupõe que o conhecimento não pode ser totalmente controlado, mas pode ser gerido pela criação de condições que permitam, e se concentram em como os conhecimentos são utilizados e coordenados (WECK; BLOMQUIST, 2008). Mas, o que é conhecimento?

O conhecimento é fruto de uma ação, uma produção, uma interpretação elaborada da informação recebida, que acrescenta e agrega um novo valor à esta (BRAUN; MUELLER, 2014). O conhecimento se origina no indivíduo por meio da sua percepção, compreensão e experiência e é transmitido por meio de grupos (LOTTI OLIVA, 2014).

Braun e Mueller (2014) definem informação como “dados interpretados, dotados de relevância e propósito” e dados como “um conjunto de fatos distintos e objetivos, relativos a eventos”. De acordo com os autores, a informação é uma força vital que gera vantagem competitiva para as organizações uma vez que serve para verificar a qualidade, acompanhar o desempenho e regulamentar as transações, proporcionando a base para o desenvolvimento. Os dados são a base para as informações, e estas para o conhecimento.

O conhecimento é a informação mais valiosa, uma vez que o conhecimento é a informação dotada de um contexto, um significado, uma interpretação pessoal. (BRAUN; MUELLER, 2014). Nas organizações, o conhecimento representa sua fonte de inteligência. O “conhecimento” emerge como o principal recurso estratégico para as organizações no século 21 (NONAKA; VON KROGH; VOELPEL; 2006, LEE; KIM, 2001). Segundo os autores,

muitos pesquisadores e profissionais estão em busca de formas para acumular conhecimento (recursos) de maneira eficaz e gerenciá-los para obter vantagem competitiva. Para Lin (2007), o conhecimento indica o capital intelectual de uma empresa, incluindo a experiência relacionada com o trabalho (know-how) e melhores práticas, que podem ser adquiridos e compartilhados.

Colauto e Beuren (2003) afirmam que para ampliar ou manter a competitividade e qualidade, faz-se necessário que as organizações usem o conhecimento de seus colaboradores, tanto no âmbito interno como externo. Este conhecimento, em muitos casos, precisa ser construído e/ou moldado conforme a necessidade da empresa e do mercado, demandando investimentos muitas vezes superiores a outros realizados em ativos tangíveis.

No contexto das organizações, Pee e Kankanhall (2009), definem conhecimento como sendo uma crença justificada que proporciona um aumento da capacidade de uma empresa para agir de forma eficaz. Zaim, Tatoglu e Zaim (2007) ressaltam que o conhecimento organizacional é disperso e espalhado por toda a organização. Pode ser encontrado em diferentes locais, como por exemplo, na mente das pessoas, nos processos organizacionais, na cultura corporativa; incorporado em diferentes artefatos e procedimentos e armazenados nas diferentes mídias, como impressão, discos e mídias ópticas.

No âmbito organizacional, destacam-se dois tipos de conhecimento: o conhecimento explícito e conhecimento tácito (NONAKA; TAKEUCHI, 1997; POLANYI, 1966):

a) conhecimento tácito: caracterizado pelas habilidades, percepções, insights, palpites, intuições e visão de mundo enraizada nas ações e baseado nas experiências dos indivíduos. São componentes subjetivos, de difícil visualização e formalização, transmissão e compartilhamento, conhecidos por não poderem ser escritos em lugar algum. Em outros termos é o conhecimento que vem da experiência, pela sabedoria internalizada pela compreensão e prática (COLAUTO; BEUREN, 2003; LOTTI OLIVA, 2014; BRAUN; MUELLER, 2014; CEGARRA-NAVARRO; CEPEDA-CARRIÓN, 2010; BARBOSA et al, 2009).

b) conhecimento explícito: é a externalização do saber, até então subjetivo, caracterizado por permitir ser codificado e armazenado em diferentes meios de comunicação, expresso em palavras ou números. São componentes objetivos, disponíveis para todas as pessoas, podendo ser facilmente comunicados e compartilhados como por exemplo: procedimentos codificados, fórmulas científicas ou princípios universais. (COLAUTO; BEUREN, 2003; LOTTI OLIVA, 2014; BRAUN; MUELLER, 2014; CEGARRA-NAVARRO; CEPEDA-CARRIÓN, 2010; BARBOSA et al, 2009; LIN, 2007).

Uma vez que, para Nonaka e Takeuchi (1995, p. 64), “tanto a informação quanto o conhecimento são específicos ao contexto e relacionais na medida em que dependem da situação e são criados de forma dinâmica na interação social entre as pessoas”, Braun e Mueller (2014) afirmam que, propiciar um bom ambiente de nada adianta se as pessoas não estiverem motivadas. Assim, o maior desafio, de acordo com os autores, é criar condições para que os indivíduos possam desenvolver competências e habilidades, num contexto organizacional para se obter o conhecimento criativo.

A capacidade em adquirir e desenvolver o conhecimento faz parte da natureza humana, diferenciando o recurso conhecimento dos demais. Neste contexto, onde a ênfase está na valorização do conhecimento e na aprendizagem, justifica-se o comportamento dos trabalhadores e das empresas que buscam o desenvolvimento de competências para promover e aprimorar suas habilidades. Colauto e Beuren (2003) entendem que o conhecimento é mais valioso e poderoso do que os recursos naturais, grandes indústrias ou polpudas contas bancárias. No entanto, como destacam Lee e Kim (2001), o conhecimento, como os demais recursos, precisa ser gerenciado, tornando-o um importante elemento na busca de um diferencial para a organização.

2.2 GESTÃO DO CONHECIMENTO

O crescente interesse pela gestão do conhecimento conduziu a uma avalanche de iniciativas organizacionais relacionadas ao conhecimento no mundo dos negócios (LEE; KIM, 2001). Termos como gestão do conhecimento, capital intelectual e inteligência competitiva emergem como frutos da globalização, evolução tecnológica e do desmantelamento da hierarquia empresarial da era industrial (COLAUTO; BEUREN, 2003). Estes termos tornaram-se um recurso econômico de grande importância nas organizações e são caracterizadores da nova área de interesse da administração das organizações, que busca administrar a utilização, criação e disseminação do conhecimento.

O conceito de Gestão do Conhecimento surgiu na década de 1990, tendo como meta agregar valor à informação e facilitar a interação dentro das organizações (COLAUTO; BEUREN, 2003). O termo “Gestão do Conhecimento” é definido como um processo de criação, aquisição, armazenamento, compartilhamento e utilização do conhecimento, buscando ampliação da capacidade de aprendizado e desempenho organizacional (PEE; KANKANHALLI, 2009; ROBINSON et al. 2006). Na visão de Braun e Mueller (2014), a gestão do conhecimento é uma disciplina emergente que busca a geração, o compartilhamento

e a utilização do conhecimento tácito e explícito existente em um determinado espaço, para dar respostas às necessidades dos indivíduos e das comunidades.

Khatibian, Pour e Jafari (2010) complementam, afirmando que a gestão do conhecimento consiste em um processo organizacional sistemático compreendendo adquirir, organizar, manter, aplicar, distribuir, publicar e recriar tanto o conhecimento explícito quanto o implícito (tácito) para a equipe buscando promover o desempenho e criação de valor organizacional.

Para Braun e Mueller (2014), a gestão do conhecimento possui um conjunto de processos que gerencia a aquisição, a criação, o compartilhamento, o armazenamento e a utilização de conhecimento nas organizações. Estes processos sistemáticos são responsáveis pela organização do conhecimento presente nos ativos intangíveis da organização ou em seu capital intelectual. De acordo com os autores, a gestão do conhecimento pode ser entendida como a arte de criar valor a partir de ativos intangíveis, uma vez que abrange um processo sistemático de identificação, criação, renovação e aplicação dos conhecimentos que são estratégicos na vida de uma organização.

É possível observar que os conceitos de gestão do conhecimento expostos são similares entre si e comumente abordam processos referentes à GC, como por exemplo a criação, o compartilhamento, a utilização do conhecimento. Autores diferentes, algumas vezes utilizam termos diferentes para designar um mesmo processo. Os processos mais encontrados são: aquisição, compartilhamento/disseminação/distribuição, criação armazenamento/registro e utilização/aplicação do conhecimento.

O processo de aquisição de conhecimento envolve a acumulação de conhecimentos e a criação de novos conhecimentos a partir de conhecimentos existentes (WEN, 2009; LIN, 2007). Seu foco principal reside em dois processos importantes: Pesquisa e Aprendizagem Organizacional. A Pesquisa ocorre quando os funcionários pesquisam ativamente em um segmento estreito do ambiente interno ou externo da organização, frequentemente em resposta a problemas ou oportunidades reais ou suspeitas (LIN, 2007). A Aprendizagem Organizacional influencia a aquisição de conhecimento de duas maneiras: (i) facilita a rápida coleta de know-how para resolver problemas específicos, com base no conhecimento existente; (ii) as empresas usam a aprendizagem organizacional para criar novas premissas (como paradigmas, esquemas, modos mentais ou perspectivas) para substituir o conhecimento existente (CHEN; FONG, 2012; LIN, 2007).

A transferência do conhecimento e os benefícios de compartilhar o conhecimento de forma eficaz dentro da organização são um dos pontos chave para os estudiosos do tema gestão

do conhecimento (ZAIM; TATOGLU; ZAIM, 2007). Este processo da gestão do conhecimento busca reunir recursos intelectuais e disponibilizá-los através das fronteiras organizacionais. Em outras palavras, o compartilhamento do conhecimento é o processo pelo qual o conhecimento é transmitido a outros indivíduos (HSIEH; LIN; LIN, 2009). Somente as organizações que descobrirem como organizar a geração de novos conhecimentos e sua devida transferência/compartilhamento de forma metódica e proativa atingirão a excelência (ZAIM; TATOGLU; ZAIM, 2007). García-Fernández (2015) aborda os dois processos, armazenamento e transferência do conhecimento, conjuntamente, conceituando-os como sendo o mecanismo que armazena o conhecimento criado e transfere-o dentro da empresa, e entre empresas, após o processo de criação do conhecimento.

De acordo com Zaim, Tatoglu e Zaim (2007), a criação do conhecimento engloba atividades que visam originar novas ideias e soluções úteis para a organização. Estas ideias poderão gerar novos conhecimentos para o benefício da organização. Os autores definem a criação do conhecimento como um processo de geração consciente e intencional de conhecimento. O desenvolvimento do conhecimento, por sua vez, é entendido como o processo de conversão, destas ideias inovadoras e criativas em ações, bens, serviços ou produtos com maior valor agregado. García-Fernández (2015) ressalta que o processo de criação do conhecimento compreende as rotinas de detecção e correção de erros, eliminação do conhecimento obsoleto e criação de novos conhecimentos.

Nonaka e Takeuchi (1997) afirmam que o conhecimento tácito e explícito são entidades complementares. De acordo com os autores, a criação do conhecimento se dá por meio da interação entre conhecimento tácito e explícito em quatro modos de conversão do conhecimento: (i) socialização (tácito para tácito), (ii) externalização (tácito para explícito), (iii) combinação (explícito para explícito) e (iv) internalização (explícito para tácito). Para viabilizar a criação do conhecimento organizacional, ao final do ciclo de conversões descrito, o conhecimento tácito acumulado precisa ser socializado com os outros membros da organização, iniciando assim uma nova espiral de criação do conhecimento.

O armazenamento do conhecimento é tido como um dos processos centrais da GC (ZAIM; TATOGLU; ZAIM, 2007). Como destacam os referidos pesquisadores, o armazenamento do conhecimento visa a utilização do conhecimento pelos trabalhadores no presente e futuro, por meio da criação de uma memória organizacional, a qual possibilita o reuso e a recriação do conhecimento nestas organizações.

O processo da gestão do conhecimento referente à utilização do conhecimento pode ser entendido como um processo de exploração de recursos, adaptando e alterando o ambiente,

desenvolvendo a aprendizagem de modo que os conhecimentos utilizados possam ser transformados em novos conhecimentos (GARCÍA-FERNÁNDEZ, 2015; ZAIM; TATOGLU; ZAIM, 2007). Conforme discutido, um dos objetivos mais importantes da gestão do conhecimento é a criação de valor a partir de recursos de conhecimento da organização. Desta forma, as atividades de gestão do conhecimento deverão conduzir a mudanças de comportamento, mudanças nas práticas e políticas e no desenvolvimento de novas ideias e processos (ZAIM; TATOGLU; ZAIM, 2007). De acordo com os autores, estes fatores implicam na utilização eficaz e eficiente do conhecimento para vantagem competitiva da organização. Por essa razão, tem-se argumentado que o sucesso das atividades de gestão do conhecimento depende principalmente de quão eficiente e eficaz o conhecimento foi utilizado e do nível de ação baseado nele (HSIEH; LIN; LIN, 2009).

Com o intuito de disseminar o conhecimento produzido pela organização, a gestão do conhecimento tem incorporado ferramentas, principalmente tecnológicas, aumentando a qualidade dos produtos e práticas (BRAUN; MUELLER, 2014). Colauto e Beuren (2003), reforçam que pensar em gestão do conhecimento somente com foco no uso da tecnologia é um conceito rudimentar. Conforme os autores, trata-se de um assunto relacionado a pessoas, uma vez que a tecnologia fornece apenas estrutura, porém não fornece conteúdo. Trata-se de um facilitador, mas por si só não consegue extrair informações da cabeça de um indivíduo. De forma similar, Zaim, Tatoglu e Zaim (2007) esclarecem que a gestão do conhecimento é mais do que um conjunto de ferramentas tecnológicas. A tecnologia é claramente parte integrante da gestão do conhecimento e desempenha um papel fundamental como catalisador deste movimento.

2.3 GESTÃO DO CONHECIMENTO EM SAÚDE

O conceito de saúde vem passando por diversas transformações ao longo dos anos. Inicialmente, saúde significava apenas a ausência de doença, mas, logo se percebeu que apenas não apresentar doenças físicas aparentes, não significa ter saúde. Gradativamente, esse conceito foi sendo expandido, incorporando as dimensões física, emocional, mental, social e espiritual do ser humano (SEGRE; FERRAZ, 1997). Conforme os autores, saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades. A Saúde ocupa posição de destaque em meio as preocupações da sociedade, sendo os hospitais, por meio

de prestação de serviços, um importante representante em qualquer sistema de saúde (DE BORBA; NETO, 2008).

De acordo com a Rodríguez-Montes (2006), o conceito de hospital é aplicado para todos os estabelecimentos com pelo menos cinco leitos para a internação de pacientes que garantam um atendimento básico de diagnóstico e tratamento, com equipe clínica organizada e com prova de admissão e assistência permanente prestada por médicos. De acordo com os autores, estas instituições agregam uma série de funções que as caracterizam como as organizações mais complexas do setor saúde, envolvendo questões sociais, emprego, ensino e pesquisa, assistenciais e de apoio aos serviços de saúde.

Uma organização hospitalar pode ser definida como uma empresa de serviços completa e complexa, classificada a partir de cinco dimensões: (i) produção e consumo simultâneos; (ii) produtos personalizados; (iii) participação dos clientes (pacientes) nos processos de produção; (iv) produto intangível; e (v) ênfase em pessoas (DE BORBA; NETO, 2008; RODRÍGUEZ-MONTES, 2006). Estas dimensões são assim descritas:

- (i) Produção e consumo simultâneos: processo observado no atendimento realizado pelos profissionais do hospital. Neste, o atendimento é caracterizado como o serviço que é produzido pelos profissionais do hospital e consumido pelo paciente de forma simultânea;
- (ii) Produtos personalizados: cada paciente recebe atendimento personalizado e é percebido como único pelo prestador de serviço;
- (iii) Participação dos clientes (pacientes) nos processos de produção: é necessário conhecer as informações do paciente para realizar o diagnóstico médico;
- (iv) Produto intangível: ausência de um produto físico. O produto é o próprio atendimento;
- (v) Ênfase em pessoas: os serviços somente são realizados pelos funcionários, na presença dos pacientes.

Colauto e Beuren (2003) destacam que as responsabilidades das organizações hospitalares para com a comunidade englobam também algumas responsabilidades sociais. Dentre tais responsabilidades deste tipo de organização está a garantia da qualidade de vida, atendendo aos valores básicos, crenças e objetivos fundamentais que regem a sociedade na qual estão inseridas (GONÇALO; DE LOURDES BORGES, 2010).

Um hospital, assim como qualquer outro tipo de organização, possui problemas com receitas e despesas, problemas de ordem legal e trabalhista. No que tange à competitividade, não existe um mercado competitivo para as administrações hospitalares públicas, que em geral são totalmente suportadas pelos governos (GONÇALO; DE LOURDES BORGES, 2010). De acordo com os referidos autores, a responsabilidade destas instituições está em apresentar resultados sociais e uma melhor utilização dos recursos financeiros do governo. Para os hospitais filantrópicos, no setor de saúde brasileiro, a “competição” é baseada na redução de custos, estratégia que, segundo Gonçalo e De Lourdes Borges (2010), não incentiva melhorias que poderiam adicionar valor para os pacientes.

Para Colauto e Beuren (2003), o alicerce para o sucesso das organizações hospitalares está no desenvolvimento de modelos gerenciais que possibilitem o retorno adequado sob a ótica do resultado, associado ao grau de satisfação dos clientes no que diz respeito ao atendimento e a uma estrutura enxuta. De acordo com os autores, assim como em qualquer outro tipo de organização, as instituições de saúde necessitam de resultados positivos para apresentarem uma posição confortável com equilíbrio e atualização tecnológica. Os hospitais devem ser tratados como organizações profissionais e, para que estes funcionem de forma satisfatória, deve ser dada ênfase na capacitação e na gestão dos conhecimentos de seus executores.

Gestão do Conhecimento em Saúde pode ser definida como a confluência de metodologias e técnicas formais para facilitar a criação, identificação, aquisição, desenvolvimento, preservação, divulgação e, finalmente, a utilização das várias facetas de um ativo de conhecimento em organizações de saúde (ZIGAN; MACFARLANE; DESOMBRE, 2010; ABIDI, 2001). A gestão do conhecimento define o capital intelectual como um recurso que deve ser administrado (LEE; KIM, 2001; LIN, 2007; COLAUTO; BEUREN, 2003). Para os autores, a qualidade dos cuidados com os pacientes em organizações hospitalares é melhorada, em razão proporcional aos seus ativos intelectuais. Assim, o sucesso dos cuidados de saúde depende criticamente da captura, análise e troca de conhecimento dentro e através das fronteiras organizacionais (BARBOSA et al, 2009). De acordo com Chen, Liu e Hwang (2011), o conhecimento dos profissionais caracteriza-se como recurso intangível, podendo este dar origem a inovações radicais na gestão e na cultura organizacional. Estes “profissionais da saúde” podem ser pensados em termos de trabalhadores do conhecimento (BARBOSA et al, 2009).

O grupo dos profissionais que atua em organizações hospitalares é composto por uma variedade de especialistas em diversas áreas. Dentre eles, pode-se caracterizar aqueles que atuam diretamente com pacientes como sendo os médicos, enfermeiros e técnicos de

enfermagem. Os demais profissionais, que apesar de não atuarem diretamente com os pacientes, oferecem uma sólida estrutura e logística para garantir o pleno funcionamento do hospital em seu âmbito gerencial. Neste grupo enquadram-se os gestores, contadores, analistas de sistemas, técnicos administrativos, físicos, auxiliares de serviços gerais, entre outros.

Como característica comum aos profissionais que atuam em saúde, estão as habilidades e conhecimento especializado em suas áreas de atuação, oriundos da experiência adquirida ao longo do tempo, ou de investimentos de recursos para a sua educação especializada. Cada um é responsável por decisões que têm consequências de diferentes magnitudes na organização, mas que em conjunto, garantem a excelência na prestação de serviço (RODRÍGUEZ-MONTES, 2006).

Para Barbosa et al (2009), este intercâmbio de conhecimentos representa a mudança significativa da atual forma de gestão do conhecimento em relação a sua predecessora, onde os conhecimentos não ultrapassavam as fronteiras da organização. Na forma atual, o corpo do conhecimento de uma organização é considerado um ativo (capital intelectual) apenas quando compartilhado por seus colaboradores, implicando em uma visão da organização assemelhando-se a um sistema de conhecimento distribuído, onde os gestores têm de lidar com a questão central de como estimular os trabalhadores para partilhar os seus conhecimentos sem enfrentar resistência e insegurança (ZIGAN; MACFARLANE; DESOMBRE, 2010; BARBOSA et al, 2009; LIN, 2007).

A gestão do conhecimento em instituições hospitalares, ao criar um mecanismo eficaz de compartilhamento do conhecimento, efetivamente beneficia a redução do tempo de ciclo dos serviços, reduz os custos, gera maior retorno dos investimentos, aumenta a satisfação dos pacientes e incentiva o aprendizado contínuo dos médicos, enfermeiros e demais profissionais da organização, proporcionando, de uma forma geral, a prestação de serviços com mais excelência (BARBOSA et al, 2009; COLAUTO; BEUREN, 2003). Para Zigan, Macfarlane e Desombre (2010), muitos são os benefícios resultantes das atividades de gestão de conhecimento em saúde, tais como redução de custos, diversificação na prestação de serviços por meio de melhores oportunidades de aprendizagem e melhoria da capacidade de resposta às necessidades dos pacientes.

Nicolini (2008) desenvolveu sua pesquisa buscando alcançar o estado da arte sobre gestão do conhecimento em saúde. Os resultados da sua pesquisa sugerem que os interesses dos pesquisadores se voltam para três temas fundamentais: a natureza do conhecimento na área da saúde; as iniciativas, práticas e processos de GC em saúde e os capacitadores e barreiras à adoção da GC em saúde. Estes temas são apresentados nos próximos tópicos.

2.3.1 Natureza do conhecimento em saúde

As discussões sobre a natureza do conhecimento em saúde, de acordo com Nicolini (2008), englobam a natureza altamente fragmentada e distribuída do conhecimento em organizações de saúde; a proliferação do conhecimento dentro do setor de saúde sempre em expansão e; finalmente, a preocupação com a importância do conhecimento local na tomada de decisões.

A literatura sobre GC no setor da saúde possui diversas referências ao estado demasiadamente fragmentado do conhecimento e, fundamentalmente, à necessidade de colaboração além das fronteiras do conhecimento organizacional e profissional (TAGLIAVENTI; MATTARELLI, 2006). Os autores citados descrevem os serviços de saúde como instituições profissionais em que diferentes grupos, com regras específicas, comportamentos e valores próprios, cooperam entre si para obtenção de melhores resultados. Da mesma forma, Paul (2006) afirma que a assistência à saúde é fundamentalmente um processo de colaboração em que os profissionais de saúde trabalham juntos para alcançar resultados, em termos de acesso, qualidade e custo, que seriam praticamente impossíveis de serem alcançados por conta própria. Ferlie et al. (2005) complementam, informando que as fronteiras sociais e limites cognitivos e epistemológicos entre e dentro às profissões retardam a propagação das inovações. Em suma, os autores reconhecem a diversidade de atores e tipos de conhecimento no campo da saúde e afirmam a necessidade do trabalho em equipe para obtenção de melhores resultados. Para Nicolini (2008), o compartilhamento de conhecimentos é muito difícil de realizar na prática devido aos limites profissionais, e a principal repercussão disso é a diferença entre evidência de pesquisa acadêmica e prática cotidiana nos serviços de saúde.

No que tange à proliferação do conhecimento dentro do setor de saúde, de acordo com Nicolini (2008), a principal dificuldade em se obter novos conhecimentos está na abundância de conhecimentos médicos existentes. De acordo com Heathfield (1999), a medicina chegou a um ponto de crise. Os médicos já não conseguem memorizar ou efetivamente aplicar as vastas quantidades de conhecimento científico que são relevantes para sua prática clínica. Gray e de Lusignan (1999) complementam, afirmando que os profissionais de saúde têm de resolver um "paradoxo da informação", uma vez que estão sobrecarregados com informações, mas não conseguem encontrar determinada informação quando necessário. O surgimento de Informática Médica pode ser visto como uma possível solução para esta crise da sobrecarga de informação,

uma vez que possibilita buscar a informação por meio de técnicas de mineração de dados (NICOLINI, 2008; GONÇALO; DE LOURDES BORGES, 2010).

Quanto à preocupação com a importância do conhecimento local na tomada de decisões, observou-se que muitas das decisões tomadas no setor de saúde dizem respeito à saúde e bem-estar das pessoas, e o custo de más decisões pode ser fatal. Clarke e Wilcockson (2002) fazem uma distinção entre o conhecimento para a prática (ou conhecimento distal) e conhecimento da prática (conhecimento proximal). O conhecimento distal não é derivado de um ambiente de saúde sendo visto como relativamente prescritivo e de não propriedade dos próprios praticantes enquanto o conhecimento proximal é derivado a partir de um ambiente específico de cuidados e práticas de saúde e, por conseguinte, dependente das questões contextuais relativas a este ambiente, tais como os níveis de pessoal e a natureza do serviço. Embora seja esperada que a prática clínica seja baseada em evidências, é o conhecimento proximal, baseado no contexto em que está situado, que permite aos profissionais em saúde e assistência social julgarem se o conhecimento teórico é o correto para as necessidades de seus pacientes (CLARKE; WILCOCKSON, 2002; GABBAY; LE MAY, 2004).

2.3.2 Iniciativas, práticas e processos de gestão do conhecimento em saúde

Além da natureza do conhecimento em saúde, outro tema abordado nos estudos mapeados por Nicolini (2008) refere-se às iniciativas, práticas e processos em GC em Saúde. Este tema é caracterizado por menos discussão teórica e mais interesse na ilustração e análise de ferramentas e práticas. Em geral, as iniciativas de GC descritas nos estudos podem ser classificadas como pertencentes a um dos três tipos: (1) baseadas em tecnologia da informação (TI), (2) com base social e (3) orientadas a recursos humanos, sendo este último focado em questões como o desenvolvimento profissional contínuo e educação (NICOLINI, 2008; DE BORBA; NETO, 2008).

Com base no crescimento contínuo da medicina baseada em evidências, bibliotecas eletrônicas, cujo papel central é facilitar a gestão de ambos os tipos de conhecimento (explícito e tácito), são vistas como uma forma importante de apoiar o processo de tomada de decisão clínica (PLAICE; KITCH, 2003; RODRÍGUEZ-MONTES, 2006). De acordo com Nicolini (2008), estas iniciativas buscam resolver o paradoxo de informação do setor da saúde discutido anteriormente, ou seja, a dificuldade em encontrar as informações relevantes quando e onde for necessário, apesar da abundância de informações.

Juntamente com as bibliotecas virtuais, as ferramentas de mineração de dados despertam o interesse dos profissionais na área da saúde. O interesse por este tipo de ferramenta pode estar ligado à rápida expansão do conhecimento médico e a dificuldade destes profissionais em desenvolver suas atividades em um setor demasiadamente fragmentado e altamente complexo (GARG et al. 2005).

Conforme Nicolini (2008), três tipos de informações são relevantes para a realização das atividades no setor de saúde: as informações centradas no paciente, isto é, os dados relativos ao estado e história de pacientes individuais; informações de serviço, isto é, àquelas relativas à operação e gestão de serviços de saúde; e informações científicas ou epidemiológicas, ou seja, aquelas sobre como lidar com doenças específicas e condições (incluindo informações sobre drogas disponíveis e seus efeitos). A tentativa de melhorar a gestão das informações centradas no paciente deu origem a uma vasta área de pesquisa e de negócios focada em tecnologias tais como registros eletrônicos de pacientes, serviços de telemedicina e outros dispositivos ou infraestruturas para o compartilhamento de dados de diagnóstico (DELPIERRE et al., 2004; EDWARDS; HALL; SHAW, 2005). A ideia é que, ao permitir um cruzamento rápido, eficaz e automático entre os dados do paciente e recursos clínicos, é possível agilizar o processo clínico, com evidentes benefícios para o paciente (NICOLINI, 2008).

Aumentando o grau de automatização, existem as ferramentas que prometem apoiar o processo clínico. Estas ferramentas incluem os sistemas informatizados de suporte à decisão, orientações clínicas informatizadas e tecnologias baseadas na Web para apoiar a circulação e a aceitação de conhecimentos relacionados com a saúde. Estes sistemas, chamados sistemas de apoio à decisão clínica, são ferramentas projetadas para melhorar a tomada de decisão do médico (KAWAMOTO et al 2005).

No que tange aos estudos com foco nas iniciativas de GC sociais, de acordo com Nicolini (2008), há um reconhecimento generalizado de que os desafios enfrentados pela GC no setor da saúde não podem ser resolvidos apenas pelo uso de ferramentas de TI. Tagliaventi e Mattarelli (2006) destacam que a circulação de conhecimento entre profissionais de saúde baseia-se fortemente em redes e comunidades de prática profissional, que podem, portanto, ser utilizadas como um mecanismo para melhorar as maneiras pelas quais as organizações de saúde alavancam suas bases de conhecimento. Gabbay et al. (2003) complementa afirmando que as comunidades de prática são um mecanismo muito útil para o desenvolvimento de serviços que abrangem diferentes perspectivas profissionais e envolvem os interesses dos pacientes.

Em relação aos estudos sobre o desenvolvimento profissional, é demonstrada a preocupação na inserção da GC como disciplina na formação dos profissionais do setor de

saúde. Martins et al. (2005) sugerem que o ensino sobre GC seria uma contribuição positiva para o desenvolvimento profissional e lamentam que, para a maioria dos alunos de graduação na área de saúde, conceitos e práticas de GC sejam desconhecidos. A introdução da GC no ensino vai ajudar o profissional a trabalhar de forma mais inteligente, eficiente e rentável, defendem Nicolini et al. (2004).

2.3.3 Capacitadores e barreiras à gestão do conhecimento em saúde

Além de abordar a natureza do conhecimento e as iniciativas de GC em saúde, os estudos identificados por Nicolini (2008) discutem os capacitadores e as barreiras de GC nas organizações de saúde. A maior parte dos capacitadores da GC em saúde não são diferentes dos identificados nos demais tipos de organização (KOUUMPOUROS et al., 2006; SANDARS, 2004; BOOTH, 2001). Os autores argumentam que, assim como em organizações de outras naturezas, a GC nas organizações de saúde não irá prosperar, enquanto fatores como a liderança, cultura, práticas de gestão de recursos humanos e infraestrutura de TI funcionem de forma inadequada. Nicolini (2008) complementa, ressaltando que não basta investir apenas em tecnologia e conteúdo, deixando a cultura organizacional de lado.

A cultura organizacional é uma agregação de valores específicos de todos os membros e regulamentos da organização, que representam influências sobre o método de interação entre as partes interessadas externas e membros da organização (CHEN; LIU; HWANG, 2011). Indivíduos sob esta influência, muitas vezes, acabam por não aderirem à novas políticas, por receios, medos e demais circunstâncias expositivas. Esta influência torna o compartilhamento do conhecimento um grande desafio (BRAUN; MUELLER, 2014).

Chen, Liu e Hwang (2011) acreditam que a cultura organizacional é o insumo mais importante para uma gestão do conhecimento eficaz. De acordo com os autores, a cultura corporativa determina os valores, crenças e sistemas de trabalho que poderiam encorajar ou impedir a criação e partilha de conhecimento (HSIEH; LIN; LIN, 2009). A gestão do conhecimento requer uma cultura em que o compartilhamento de conhecimentos, aprendizagem compartilhada e colaboração estejam entrincheirados (HSIEH; LIN; LIN, 2009; BRAUN; MUELLER, 2014).

As organizações devem procurar promover e construir os tipos de valores culturais que suportam seus objetivos específicos (HSIEH; LIN; LIN, 2009). Este objetivo pode ser

alcançado por meio de incentivos a atividades relacionadas com o conhecimento através da criação de ambientes para troca de experiência que possibilitem a compreensão do real valor das práticas de gestão do conhecimento.

No que tange às barreiras à GC, muitos dos fatores identificados em outras organizações são observados também nas organizações de saúde, embora algumas exceções se apliquem (NICOLINI, 2008). Os estudos realizados por Nicolini (2008) evidenciam que a ausência de uma estratégia clara de GC, uma liderança não eficaz, a falta de uma cultura apropriada, e uma infraestrutura de TI pobre são entraves em potencial à GC na área da saúde, mas ressalta dois aspectos do trabalho em saúde que colocam desafios específicos para o sucesso das práticas de GC sobre este ambiente: a forte divisão profissional do setor e a influência de outras áreas da sociedade, ou seja, a esfera política.

Ferlie et al. (2005) afirma que as divisões profissionais têm sido reconhecidas como barreiras para a circulação da inovação e do conhecimento na área da saúde. Em sua pesquisa os autores evidenciam uma tendência dos profissionais para operar dentro de comunidades de prática mono-disciplinares, dificultando a circulação do conhecimento entre os diversos tipos de profissionais do setor de saúde.

Addicott et al. (2006) relatam que o excesso de gestão e interferência política nos serviços de saúde é capaz de transformar redes clínicas, originalmente voltadas ao compartilhamento de conhecimento, em apenas mais uma ferramenta para atingir as metas do governo, onde as preocupações relacionadas ao conhecimento foram marginalizadas pelas exigências do cumprimento de metas de desempenho e protocolos do governo.

Ainda no âmbito político, Guven-Uslu (2006) argumenta que, apesar do incentivo do governo para médicos e gestores trabalharem juntos em busca de melhorias no desempenho das organizações de saúde, devido a um conflito clínico-gerencial, isto não ocorre efetivamente na prática. Enquanto os gestores são guiados por prioridades relacionadas à redução de custos, os médicos tendem a dar prioridade à qualidade na assistência ao paciente, o que nem sempre vem ao encontro do quesito custos.

Dada a importância da gestão do conhecimento no setor de saúde, a avaliação do seu desempenho nas organizações de saúde é requerida, visando aprimorar seus fundamentos, práticas e minimizar as barreiras existentes no setor.

2.4 AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO EM GESTÃO DO CONHECIMENTO

Contrariando o pensamento de muitos, gestão do conhecimento não é uma simples reunião de grupos de aprendizagem ou a instalação de um sistema de gerenciamento eletrônico de documentos. Trata-se de uma mudança de paradigma de gestão que envolve pessoas, cultura, tecnologias da informação, estrutura organizacional, entre outros (LEE; KIM, 2001). O desenvolvimento de uma estratégia de GC, portanto, permite que uma organização “desbloqueie” diferentes tipos de conhecimento, identifique competências necessárias para planejar seu futuro e, através de sua capacidade de aprendizado, adquira habilidade para colocar em prática os princípios da sustentabilidade (ROBINSON et al. 2006).

A avaliação do desempenho da gestão do conhecimento é parte integrante da avaliação do desempenho organizacional. O conceito de avaliação de desempenho surgiu por volta do século 13 e permaneceu inalterado até a revolução industrial (BITITCI et al., 2012). Ainda conforme o referido autor, a partir do século 19, a área de avaliação de desempenho organizacional passou por um processo de evolução demarcado por fases. A primeira fase teve início ao final da década de 1980. Esta fase foi marcada pela ênfase em indicadores financeiros e produtividade (GHALAYINI; NOBLE, 1996). As mudanças do mercado e dos perfis dos executivos resultaram no desenvolvimento de novos sistemas de avaliação de desempenho, uma vez que os sistemas tradicionais não conseguiam mais orientar as organizações rumo ao alcance de seus objetivos.

A segunda fase teve início entre os anos de 1960 e 1980. Em decorrência das mudanças no mercado mundial, onde as organizações começaram a perder mercado para concorrentes do exterior, o foco de medição de desempenho incorporou novas dimensões de desempenho, tais como qualidade, tempo, flexibilidade e satisfação do cliente (BITITCI et al., 2012; GHALAYINI; NOBLE, 1996).

O deslocamento de foco supracitado levou ao reconhecimento da avaliação de desempenho como um domínio multidimensional, incentivando o desenvolvimento de abordagens mais integradas, singulares ao contexto e equilibradas (BITITCI et al., 2012). A avaliação de desempenho contemporânea, mesmo reconhecendo a importância dos indicadores financeiros, passou a dar mais atenção a indicadores relacionados com a agilidade, inovação e interoperabilidade (FRANCO-SANTOS et al., 2012; VERNADAT et al., 2013).

Neste contexto, Dutra (2005) define avaliação de desempenho organizacional como o processo de gestão utilizado para construir, fixar e disseminar conhecimentos por meio da identificação, organização, mensuração e integração dos aspectos, de um determinado contexto,

julgados relevantes para medir e gerenciar o desempenho dos objetivos estratégicos. Segundo Ensslin et. al, (2015), ter um processo para avaliação do desempenho de suas estruturas de trabalho, propicia um diferencial competitivo ao gestor, pois permite identificar e comparar o que foi planejado com o realizado, evidenciando o nível de desempenho. Dutra et al (2009) destacam que saber o que avaliar e como avaliar, é fundamental para uma gestão válida e legítima, possibilitando aos gestores tomar decisões inteligentes, transparentes e mais adequadas, de acordo com seus valores e contexto.

Mais especificamente, no que concerne à gestão do conhecimento, de acordo com Zaim, Tatoglu e Zaim (2007), o seu desempenho pode ser avaliado em quatro etapas. A primeira etapa envolve a identificação das metas e objetivos da gestão do conhecimento, que se caracterizam como uma parte preponderante e importante do processo de avaliação de desempenho da gestão do conhecimento. A segunda etapa engloba a identificação das capacidades de conhecimento chave e dos recursos intelectuais da organização e a visualização das vias de criação de valor para uma avaliação eficaz do desempenho. Nesta fase, os gestores devem decidir as políticas a serem desenvolvidas, com o intuito de alcançar os resultados de desempenho desejados. A terceira etapa envolve a coleta e tratamento dos dados, juntamente com a definição das métricas de avaliação de desempenho a serem utilizadas. As métricas usadas nesta análise podem ser tangíveis ou intangíveis, locais ou globais, financeiras ou não financeiras, mas em todas as circunstâncias têm que ser adequadas às necessidades específicas do projeto de gestão do conhecimento aplicado na organização. A última etapa é a análise do desempenho da gestão do conhecimento, onde é determinada a diferença entre o desempenho desejado e o real. Nesta fase, os gestores decidem o que tem de ser feito para o futuro.

Na literatura de gestão do conhecimento encontra-se um conjunto de propostas de avaliação, em especial aquelas que remetem ao uso de modelos de maturidade de GC. Nesta pesquisa, conforme mencionado, por meio da utilização da ferramenta Proknow-C, buscou-se selecionar um portfólio bibliográfico relevante sobre o tema Avaliação da GC. Este portfólio corresponde a um conjunto de artigos com reconhecimento científico e com conteúdo alinhados com o tema conforme entendido pelo pesquisador, e para as delimitações postas pelos mesmos (ENSSLIN et. al, 2014).

A partir desta seleção, em busca de uma maior compreensão sobre os estudos de avaliação da gestão do conhecimento, a seguir apresenta-se as principais características dos mesmos, contemplando, de forma geral, objetivos, contexto, critérios utilizados para avaliação e abordagens metodológicas. O tópico 2.4.1 trata das pesquisas que compreendem modelos de avaliação da gestão do conhecimento com foco em avaliação da maturidade e o tópico 2.4.2

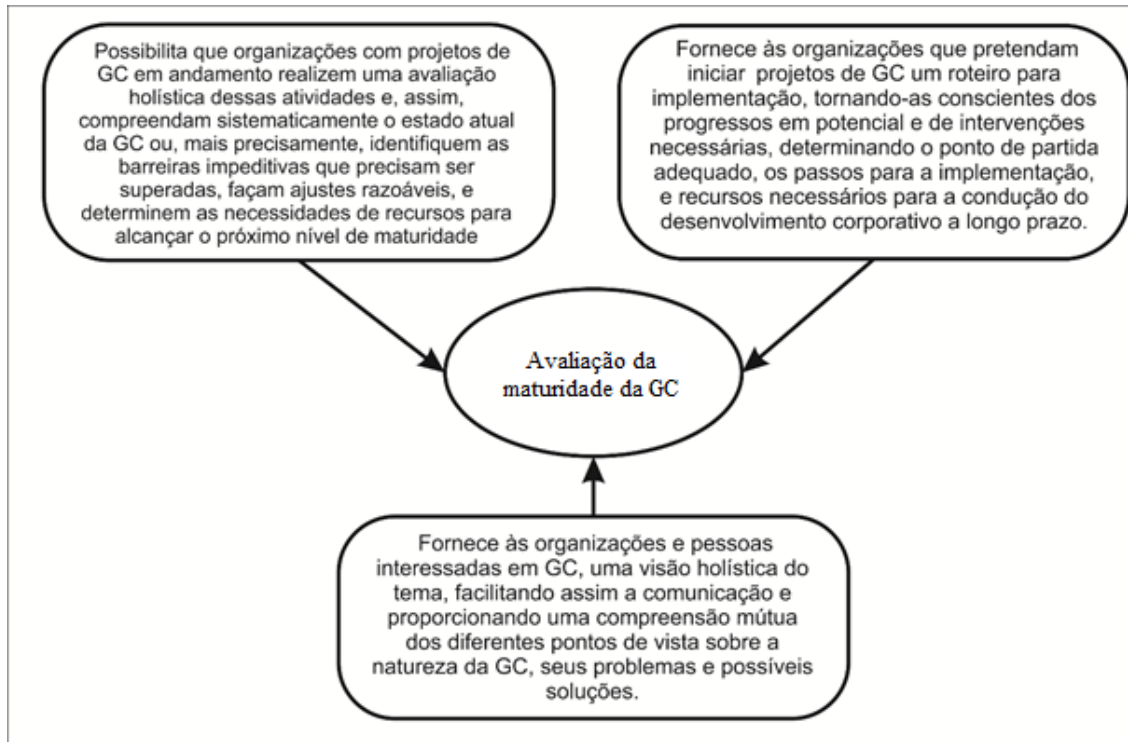
reúne os trabalhos que, embora não envolvam a avaliação da maturidade, preocupam-se com a avaliação da gestão do conhecimento.

2.4.1 Estudos de avaliação da gestão do conhecimento orientados à maturidade

Essencialmente, os modelos de maturidade descrevem o desenvolvimento de uma entidade ao longo do tempo (PEE; KANKANHALLI, 2009). Esta entidade pode ser qualquer coisa de interesse: um ser humano, uma função organizacional, uma iniciativa empresarial, ou uma tecnologia (HSIEH et al, 2009). Os modelos de maturidade são aplicações naturais da abordagem de ciclo de vida. Cada entidade desenvolve-se ao longo do tempo, por meio de estágios de maturação, até atingir o nível mais alto (PEE; KANKANHALLI, 2009; HSIEH et al, 2009). Neste contexto, o uso de um modelo de maturidade permite que uma organização tenha seus métodos e processos avaliados de acordo com as boas práticas em gerenciamento e com um conjunto de parâmetros externos (HSIEH et al, 2009).

De acordo com Chen e Fong (2012), os modelos de maturidade da gestão do conhecimento são projetados para superar a natureza estática dos *frameworks* de avaliação existentes e podem formalmente capturar o processo de desenvolvimento da gestão do conhecimento, avaliando em que medida este se encontra. A Figura 1 contempla as principais características e benefícios destes modelos quando aplicados à gestão do conhecimento.

Figura 1 – Características e benefícios dos modelos de maturidade da Gestão do Conhecimento



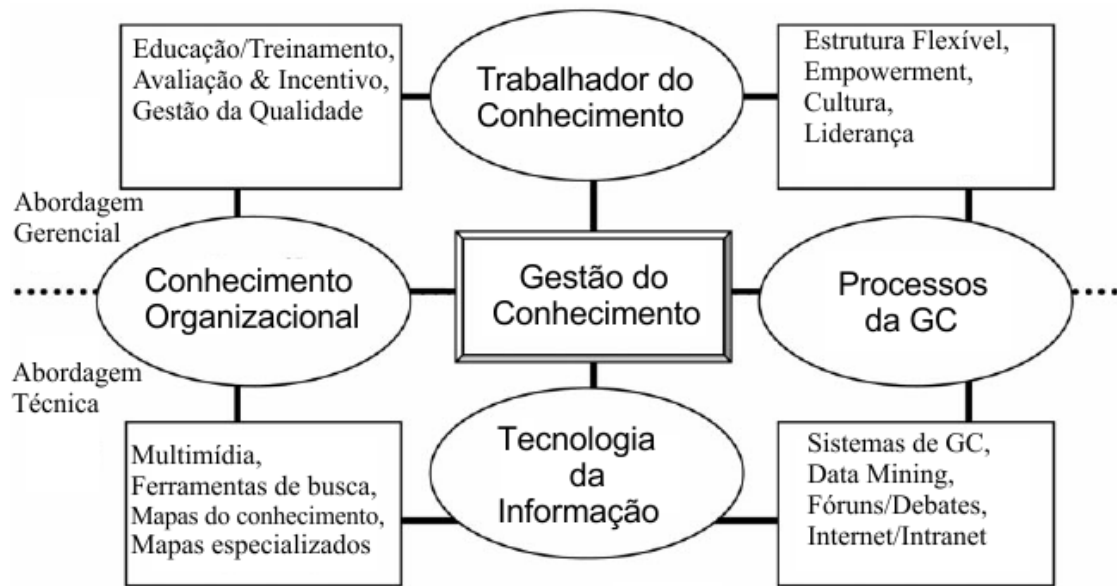
Fonte: Elaborada pelo autor, baseada em Hsieh et al. (2009).

Os modelos de maturidade de GC, conforme observado no trabalho de Hsieh et al. (2009), proporcionam benefícios para as organizações antes, durante e após a implantação de projetos de GC. Estes benefícios, segundo o autor citado, criam condições de competitividade nos quesitos agilidade, reatividade, inovação e interoperabilidade.

Dentre os estudos identificados com foco em avaliação da maturidade da GC estão Lee e Kim (2001), Robinson et al (2006), Lin (2007), Hsieh, Lin e Lin (2009), Pee e Kankanhalli (2009), Khatibian, Hasan e Jafari (2010), Kruger e Johnson (2010), Oztemel e Arslankaya (2012), Chen e Fong (2012), Oliva (2014).

Na pesquisa desenvolvida por Lee e Kim (2001), é proposto um *framework* de gestão integrada para a gestão do conhecimento, incluindo objetos de gerenciamento e iniciativas organizacionais. O *framework* é composto por quatro componentes principais da gestão: conhecimento organizacional, trabalhadores do conhecimento, processos de gestão do conhecimento e tecnologia da informação. Os componentes e suas respectivas iniciativas organizacionais são ilustrados pela Figura 2:

Figura 2 – Componentes e iniciativas organizacionais



Fonte: Lee e Kim (2001, p. 3).

A partir deste *framework*, um modelo de estágios da gestão do conhecimento organizacional foi proposto (Figura 3) e validado com uma análise de dados secundários. Para validação, foi aplicada uma análise de conteúdo com o uso de 21 casos publicados. Para manter a coerência da avaliação, foi desenvolvido um conjunto de listas de verificação para os objetivos de gestão, ações gerenciais e características dos objetos de gestão em cada estágio.

Figura 3 – Estágios de desenvolvimento da Gestão do Conhecimento Organizacional

	Iniciação	Propagação	Integração	Networking
Metas	Preparação para os esforços de gestão do conhecimento em toda a empresa	Infraestrutura e ativação de atividades de conhecimento	Integração dos esforços de gestão do conhecimento para os resultados organizacionais	Vinculação da gestão de conhecimento com parceiros externos
Ações da Organização	Divulgar as necessidades da GC Avaliar os problemas da GC Desenvolver e compartilhar as visões e metas da GC Fazer um plano de GC a longo prazo Conduzir benchmarks e projetos piloto	Estabelecer um processo de gestão do conhecimento preliminar Construir um sistema de recompensas Desenvolver programas HRM (educação, plano de carreira e recrutamento). Desenvolver uma tipologia do conhecimento Construir um sistema de GC com uma base de conhecimentos. Realizar eventos para promover atividades do conhecimento	Avaliar a efetividade do conhecimento Identificar alterações das necessidades ambientais Monitorar e controlar as atividades de GC Definir e focar nas áreas chave do conhecimento Disseminar as melhores práticas de GC	Analisar interna e externamente a eficiência da GC Fazer alianças do conhecimento com parceiros Compartilhar visões e metas acerca de GC com parceiros Facilitar e gerenciar o compartilhamento inter-organizacional do conhecimento

Fonte: Lee e Kim (2001, p. 4).

Os autores observam que as características dos objetos da GC sofrem alterações ao longo dos diferentes estágios, conforme mostra o Quadro 1.

Quadro 1 – Estágios da GC e características dos objetos.

	Iniciação	Propagação	Integração	Networking
Conhecimento Organizacional	• Conhecimento adquirido	• Conhecimento criado	• Conhecimento integrado	• Conhecimento em rede
Trabalhador do Conhecimento	• Absorvedor de conhecimento	• Criador de conhecimento	• Expert	• Coordenador do conhecimento
Processos da Gestão do Conhecimento	• Aquisição	• Criação	• Compartilhamento interno	• Compartilhamento global
Sistemas de T.I.	• Fechado	• Isolado	• Empresa	• Global

Fonte: Lee e Kim (2001, p. 6).

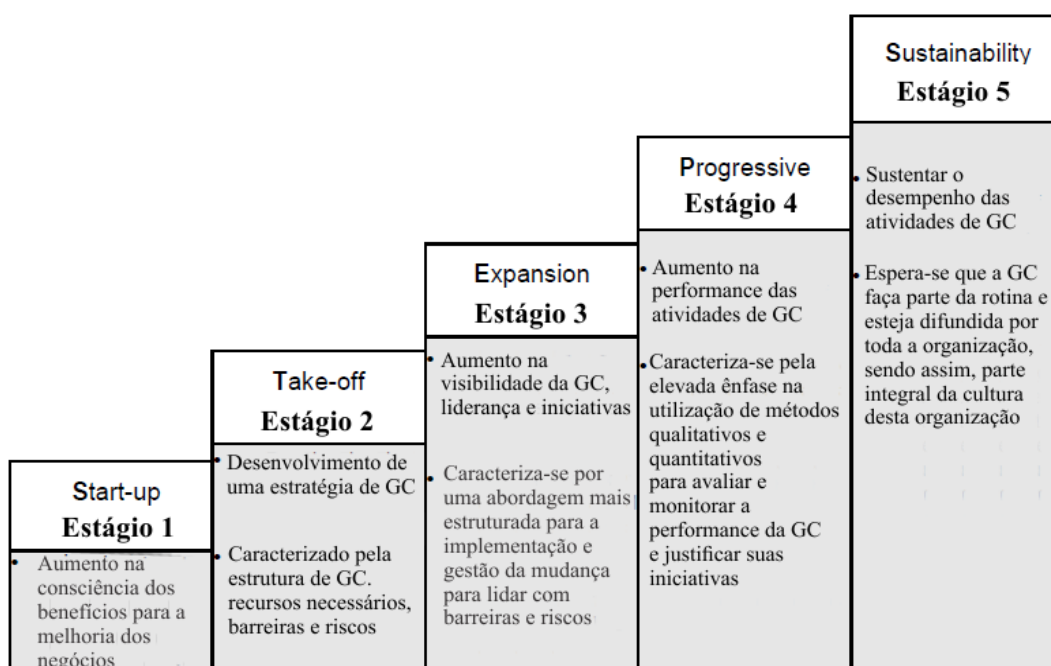
Como resultados de seus estudos, os autores destacam que, apesar de não conseguirem verificar a sequência temporal na implementação de gestão do conhecimento, puderam identificar as metas e ações de gestão em cada estágio da GC. Os autores observaram ainda que, ao contrário do que previram, as características dos objetos de GC não se alteram na mesma

escala que a progressão dos estágios da GC. Dentre os motivos que podem ter gerado este comportamento está a cobertura parcial dos objetos de GC abordados nos casos utilizados.

Robinson et al (2006) propõem um roteiro de maturidade (*STEPS Maturity Roadmap*) para facilitar a implementação de uma estratégia de gestão do conhecimento nas organizações. Em sua pesquisa, os autores fizeram uso de dois métodos. O primeiro consistiu em um questionário enviado para 170 empresas de construção do Reino Unido. De acordo com os autores, o questionário teve três objetivos: (i) examinar os propulsores de GC; (ii) investigar a reforma e os recursos necessários; e (iii) identificar as práticas de avaliação de desempenho nas empresas de construção em questão. O questionário foi estruturado com base em discussões com parceiros industriais e revisão da literatura. O segundo método de pesquisa envolveu estudos de caso com oito empresas de construção e teve como principal objetivo capturar diferentes perspectivas sobre uma série de questões relacionadas com a GC e aumento de desempenho. Os estudos de caso forneceram uma análise profunda das questões críticas para a implementação da GC. Nesta etapa foram realizadas 28 entrevistas com gerentes seniores das empresas.

Os resultados da *survey* e os estudos de caso foram utilizados para desenvolver os estágios do roteiro de maturidade, apresentado na Figura 4.

Figura 4 – Etapas do roteiro de maturidade STEPS



Fonte: Robinson et al, (2006, p. 19).

O roteiro de maturidade *STEPS* foi usado para avaliar a maturidade de oito organizações por meio de estudos de caso. Como resultados da pesquisa, observou-se que a gestão do conhecimento está indissociavelmente ligada à sustentabilidade corporativa, mas uma abordagem estruturada se faz necessária para que a implementação da gestão do conhecimento seja bem-sucedida. Neste sentido, os autores destacam que o roteiro *STEPS* foi desenvolvido para fornecer uma abordagem estruturada para a implementação e *benchmarking* da gestão do conhecimento. De acordo com os autores, o foco inicial do trabalho relatado é baseado na análise de organizações de construção, no entanto, o *framework* poderia ser aplicável em outros setores industriais.

Lin (2007) utilizou uma extensa revisão da literatura para desenvolver um modelo teórico de avaliação da maturidade da GC composto por três estágios: (i) iniciação, (ii) desenvolvimento, e (iii) maduro. Se valendo de meios estatísticos, o autor propõe avaliar a GC por meio de três hipóteses: a primeira delas julga se as práticas de GC evoluem conforme a empresa desenvolve suas habilidades em adquirir, converter, aplicar e proteger o conhecimento; a segunda julga se a efetividade da GC aumenta conforme as práticas em GC evoluem; a terceira julga a relação entre a maturidade das práticas de GC e os níveis de apoio organizacional e difusão de TI. Com o intuito de testar estas hipóteses, o autor fez uso de um questionário do tipo *survey* elaborado com base em uma revisão da literatura e refinado com o auxílio de três professores e três administradores de GC. A população do estudo consistiu em 600 executivos sêniores de empresas de Taiwan, selecionados aleatoriamente em uma lista publicada pela *China Credit Information Service* contendo as 2000 maiores empresas de Taiwan. As variáveis e dimensões utilizadas foram as seguintes: (i) processo de GC composta pelas dimensões “aquisição do conhecimento”, “conversão do conhecimento”, aplicação do conhecimento” e “proteção do conhecimento”; (ii) efetividade de GC composta pelas dimensões “efetividade a nível individual” e “efetividade a nível organizacional”; e (iii) suporte sócio técnico composto pelas dimensões “suporte organizacional” e “difusão de TI”. Conforme as respostas obtidas, por meio de cálculos estatísticos, 26% das empresas foram classificadas no estágio “iniciação”, 52% no estágio “desenvolvimento” e 22% no estágio “maduro” e as três hipóteses foram confirmadas.

A pesquisa de Hsieh, Lin e Lin (2009) caracteriza-se pelo desenvolvimento de um *framework* chamado *Knowledge Navigator Model* (KNM). Este modelo define cinco níveis de maturidade KM da seguinte forma: Nível I: estágio caótico de conhecimento Nível II: estágio de consciência do conhecimento; Nível III: estágio inicial gestão do conhecimento; Nível IV: estágio avançado de gestão do conhecimento; e Nível V: estágio de integração da gestão do

conhecimento. A Figura 5 ilustra os cinco níveis e as três dimensões avaliadas: (i) cultura, (ii) processo de gestão do conhecimento e, (iii) tecnologia da informação.

Figura 5 – Níveis de maturidade definidos e dimensões avaliadas

	Cultura	Processos de GC	T.I.
Level V. KM integration stage	A organização faz uso de sólidas regulamentações e cultura para sustentar o desenvolvimento da GC	A organização pode integrar conhecimentos e construir um ambiente de rede	O ambiente técnico de GCo pode apoiar a integração do conhecimento
Level IV. KM advanced stage	A organização confirma a execução da GC por meio de regulamentos sólidos e cultura	A organização pode qualificar e quantificar a performance da GC	A organização possui ambiente técnico para dar suporte a longo prazo à GC
Level III. KM stage	A organização promove a GC por meio de regulamentos sólidos e cultura	A organização define, compartilha, captura, armazena e utiliza o conhecimento por meio de métodos de gestão	A organização possui ambiente técnico para dar suporte à GC
Level II. Knowledge conscientious stage	Os Funcionários são conscientes da importância da GC	Os funcionários definem, compartilham, capturam, armazenam e utilizam o conhecimento com frequência	A organização começa a nutrir um ambiente técnico para GC
Level I. Knowledge chaotic stage	Os Funcionários conhecem os conceitos da GC	Os funcionários definem, compartilham, capturam, armazenam e utilizam o conhecimento da sua própria maneira	A organização possui ambiente computacional e os membros possuem capacidades básicas de TI

Fonte: Hsieh, Lin e Lin (2009, p. 6).

Métodos de pesquisa qualitativa, incluindo revisão da literatura, entrevistas, grupos de foco e análise de conteúdo, foram utilizados para desenvolver o modelo KNM. As fontes destes dados qualitativos incluem seis estudiosos notáveis de GC que possuem diversas publicações internacionais sobre o tema, três oficiais do governo que são responsáveis pela promoção de políticas relacionadas à GC, seis consultores de GC que trabalham em companhias de consultoria sem fins lucrativos ou privadas, e 20 funcionários responsáveis pela implementação de GC em suas empresas.

Para ilustrar a aplicabilidade do KNM, um *survey* foi realizado em 30 empresas conhecidas por implementar programas de GC durante 3 meses a 7 anos. A coleta de dados foi realizada por meio de questionários de auto avaliação e, em um segundo momento, por

consultores em gestão do conhecimento que avaliaram as 30 empresas selecionadas como campo de pesquisa. Cada empresa estudada teria, então, dois resultados em sua avaliação, sendo (i) resultado do questionário de auto avaliação, e (ii) resultado da avaliação dos consultores, fornecido pelos consultores de GC. As diferenças entre estes resultados foram analisadas com a utilização métodos estatísticos e, com base no resultado dos testes, os pesos das variáveis definidos.

Pee e Kankanhalli (2009), com base na teoria do ciclo de vida, fazem uma revisão, comparam e integram modelos existentes para propor um Modelo de Maturidade Geral de Gestão do Conhecimento (G-KMMM). O modelo proposto engloba 5 estágios de maturidade que são diferenciados em termos de suas características relacionadas com as pessoas, processos e aspectos tecnológicos da gestão do conhecimento. A proposta do G-KMMM segue uma estrutura de estágios com dois componentes principais: os níveis de maturidade e as áreas de processos chave (KPA). Cada nível de maturidade é caracterizado por três KPAs (pessoas, processos e tecnologia), definidos com base na revisão dos modelos de maturidade existentes. Cada KPA é descrito por um conjunto de características. Estas características buscam descrever as práticas-chave que, quando empregadas de forma coletiva, podem ajudar as organizações a cumprir as metas de um nível de maturidade particular. Os níveis de maturidade propostos são: inicial, consciente, definido, gerenciado e otimizado, conforme ilustrado pela Figura 6.

Figura 6 – Níveis de Maturidade e áreas de processos chave (KPA) do G-KMMM

Nível de maturidade	Descrição Geral	Áreas de processo chave		
		Pessoas	Processos	Tecnologia
1. Inicial	Pouca ou nenhuma intenção de formalizar a gestão do conhecimento organizacional	Organização e seus funcionários não possuem consciência da necessidade de formalizar a gestão de seus conhecimentos	Não existem processos formais para captura, compartilhamento e reutilização do conhecimento organizacional	Não possui tecnologia e/ou infraestrutura específicas de GC
2. Consciente	Organização possui consciência e tem intenção de gerenciar seus conhecimentos organizacionais mas não sabe como fazer.	Gestores conscientes da necessidade de formalizar a GC	O conhecimento indispensável para operacionalização das rotinas de trabalho está documentado	Projetos piloto de GC foram iniciados (não necessariamente pelos gestores)
3. Definido	Organização possui uma infraestrutura básica de suporte à gestão do conhecimento	<ul style="list-style-type: none"> - Gestores conscientes de seu papel no encorajamento à GC - Treinamentos básicos são fornecidos (ex: cursos de conscientização) - Estratégia básica de GC presente - Papéis individuais da GC definidos - Sistemas de incentivo presentes 	<ul style="list-style-type: none"> - Processos de gestão de conteúdo e informação formalizados - Utilização de métricas para avaliar o aumento de produtividade devido à GC 	<ul style="list-style-type: none"> - Infraestrutura de GC básica existente - Alguns projetos de GC a nível organizacional implantados
4. Gerenciado	Iniciativas de GC estão bem estabelecidas na organização	<ul style="list-style-type: none"> - Estratégias e abordagens padronizadas direcionadas à GC - GC está incorporada na estratégia geral da organização - Treinamentos avançados em GC são fornecidos - Padrões organizacionais 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação dos processos de forma quantitativa (ex: uso de métricas) 	<ul style="list-style-type: none"> - Sistemas de GC a nível empresarial completamente implantados - Utilização dos sistemas de GC a um nível razoável - Integração entre tecnologia e arquitetura de conteúdo
5. Otimizado	<ul style="list-style-type: none"> - A GC está profundamente integrada à organização e é constantemente otimizada - A GC é um componente automático em qualquer processo da organização 	Cultura de compartilhamento institucionalizada	<ul style="list-style-type: none"> - Os processos de GC são constantemente revisados e aprimorados - Os processos de GC existentes podem ser facilmente adaptados para atender novas necessidades de negócios - Os procedimentos de GC são uma parte integrante da organização 	A infraestrutura de GC é continuamente otimizada

Fonte: Pee e Kankanhalli (2009, p. 12).

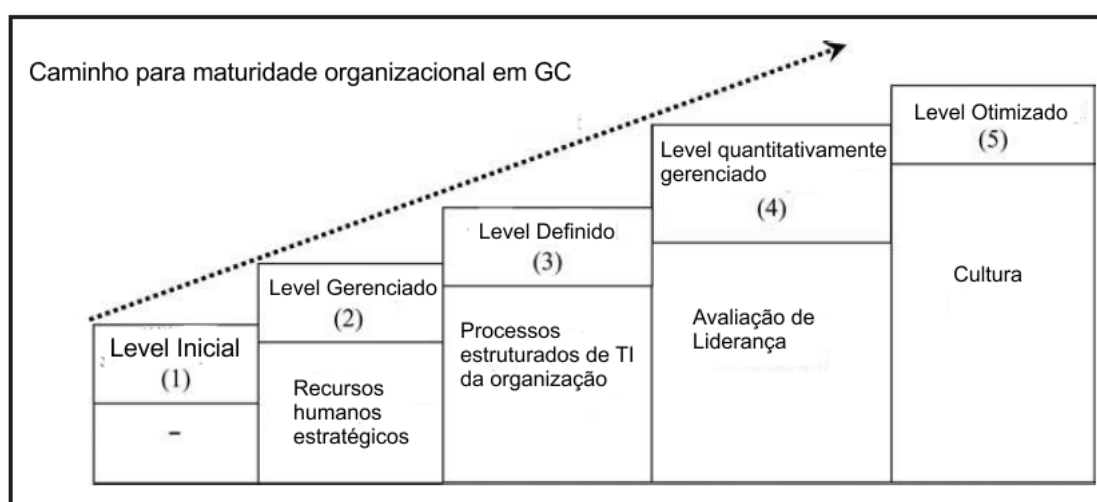
Organizações no nível Inicial tem pouca ou nenhuma intenção de gerenciar formalmente o conhecimento, uma vez que não é explicitamente reconhecido como essencial para o seu sucesso a longo prazo. No nível Consciente, as organizações estão conscientes da importância do conhecimento e tem a intenção de gerenciá-lo formalmente, mas podem não saber como fazê-lo. Organizações neste nível, muitas vezes, iniciam vários projetos-piloto para explorar o potencial de GC. Organizações que se encontram no nível Definido têm infraestruturas básicas de apoio à GC, com gestão ativa, promovendo a GC pela articulação de estratégias de GC e proporcionando capacitações e incentivos. Nessas organizações, os processos formais para a criação, captura, compartilhamento e aplicação do conhecimento formal e informal são especificados e os projetos-piloto que exploram aplicações mais avançadas de GC também são realizados. No nível Gerenciado, a GC é totalmente incorporada na estratégia organizacional e

é sustentada pela tecnologia de GC da empresa. Modelos de GC e padrões tais como aqueles que integram fluxos de conhecimento com fluxos de trabalho, também são adotados. Além disso, as medidas quantitativas são utilizadas para avaliar a eficácia da GC. No nível Otimizado, as organizações têm sistemas de GC que suportam as atividades-chave de negócios. Com uma cultura de compartilhamento de conhecimento institucionalizada, os membros da organização, embora não tenham a obrigação de compartilhar seu conhecimento, estão dispostos a contribuir com a construção de um conhecimento central, único e valioso, para as atividades da organização.

Com o intuito de obter uma validação inicial do modelo de avaliação proposto, os autores conduziram um estudo de caso exploratório em uma grande universidade pública. Os resultados indicam que G-KMMM pode ser uma ferramenta de diagnóstico útil para avaliar e orientar a implementação da gestão do conhecimento nas organizações.

O estudo de Khatibian, Hasan e Jafari (2010) teve por objetivo comparar, avaliar e integrar nove modelos de maturidade em gestão do conhecimento (KMMM's) existentes para desenvolver um KMMM único, com características dos nove modelos e capaz de medir o nível de maturidade da gestão do conhecimento das organizações. Os níveis de maturidade do modelo proposto estão ilustrados na Figura 7.

Figura 7 – Modelo de maturidade da Gestão do Conhecimento



Fonte: Khatibian, Hasan e Jafari (2010, p. 11).

Para assegurar sua aplicabilidade, o modelo foi aplicado em caráter de teste em uma organização de contexto de um público, bem como em uma empresa privada, ambas

organizações produtoras de *software*. A Figura 8 ilustra os fatores e indicadores constituintes do modelo.

Figura 8 – Fatores e indicadores do KMMM

Fator	Indicador
Estratégia	Estratégia da gestão do conhecimento Convergência com a estratégia da organização Visão da gestão do conhecimento Objetivos da gestão do conhecimento
Liderança	Padrões Estratégia e estilo de liderança Apoio e comprometimento do gestor sênior Liderança participativa Especificação de objetivos e estratégias Segurança e alocação de recursos Gestão da mudança
Cultura	Ambiente livre para discussão Confiança Cultura humanista Cultura de aprendizado Cultura de adaptação às mudanças Cultura orientada ao conhecimento Cultura de cooperação Cultura de criatividade e inovação
Estrutura da Organização	Estrutura descentralizada Menor formalidade Canais de comunicação (informal) Estrutura baseada em equipes Papéis e responsabilidades definidas
Tecnologia da Informação	Infraestrutura de tecnologia da informação Qualidade da informação Captação das necessidades dos usuários
Processos	Identificação dos conhecimentos críticos e chaves da organização Criação e produção do conhecimento Compartilhamento do conhecimento Armazenamento do conhecimento Ganho de conhecimento Aplicação do conhecimento Documentação do conhecimento Integração do conhecimento
Recursos Humanos	Sistemas de recompensa e motivação Treinamentos de pessoal Cooperação entre as pessoas Proteção das pessoas Reforço de pessoal
Avaliação	Avaliação dos aspectos orientados ao conhecimento Avaliação e mensuração da efetividade da GC

Fonte: Khatibian, Hasan e Jafari (2010, p. 15).

Khatibian, Hasan e Jafari (2010) concluem que vários fatores influenciam o sucesso da gestão do conhecimento. Organizações que dão atenção apenas para tecnologia não obterão todos os benefícios oriundos da utilização de um sistema de gestão do conhecimento, portanto,

é recomendável que a organização preste atenção a todos os fatores influentes no processo de gestão do conhecimento que, por sua vez, estão diretamente relacionados com os vários níveis de progressão.

Kruger e Johnson (2010) contextualizam o tema gestão do conhecimento argumentando que muito pouco se informou sobre a forma como os princípios da gestão do conhecimento são institucionalizados nas organizações. Em seu trabalho, os autores propõem, como objetivo, uma análise com o uso de métodos estatísticos, do papel desempenhado por estes princípios no estabelecimento da gestão do conhecimento e reportam um estudo empírico realizado em 86 organizações localizadas na África do Sul. O sistema de avaliação da maturidade proposto pelos autores foi projetado para calcular uma pontuação global da maturidade da GC baseada em dimensões e expressa por meio de valores ou porcentagens. As dimensões da maturidade da GC foram assim descritas: Dimensão 1 - Gestão de TIC; Dimensão 2 - Gestão da Informação; Dimensão 3 - Questões de GC (Princípios, Política, Estratégia); Dimensão 4 - Implementação da GC; Dimensão 5: Conhecimento Onipresente; Dimensão 6: Avaliação do Crescimento da GC.

A maturidade geral GC é calculada pela soma das pontuações obtidas nas 6 (seis) dimensões. As dimensões utilizadas pelos autores em sua pesquisa abordam questões de gestão de conhecimento, gestão da informação e gestão de TI. Os resultados da pesquisa indicam que "problemas", "princípios", "políticas" e até "estratégias" de GC estão bem institucionalizados na indústria Sul Africana. Dentro da maioria das organizações pesquisadas, os autores observaram uma tendência para o sucesso da implementação da GC.

Oztemel e Arslankaya (2012) apresentaram em sua pesquisa um modelo de gestão do conhecimento empresarial chamado EKMM (*Enterprise Knowledge Management Model*). Os autores definem como objetivo, apresentar um modelo que, além de ampliar as abordagens tradicionais para fornecer orientações, permita recomendar um procedimento de avaliação claro para certificar-se de que as orientações propostas serão implementadas adequadamente. O modelo proposto é chamado de "Torre do Conhecimento", devido à sua infraestrutura dinâmica. Sua estrutura hierárquica trabalha de forma que cada componente deverá implicar e envolver as capacidades dos componentes inferiores da hierarquia. De acordo com os autores, isso cria uma interligação de atividades e estabelece uma relação de dependência entre as mesmas similarmente a uma torre, como visto na Figura 9.

Figura 9 – Componentes do EKMM - A Torre do Conhecimento



Fonte: Oztemel e Arslankaya (2012, p. 6).

O EKMM completa a Torre do Conhecimento com um processo definido para realizar a avaliação das capacidades de gestão do conhecimento. O procedimento proposto inclui um conjunto de critérios principais e um conjunto de subcritérios em diferentes níveis da empresa (estratégico, tático e operacional). O EKMM fornece 22 critérios principais de avaliação e 585 subcritérios definidos com o intuito de possibilitar tanto uma avaliação em termos de implementação de práticas de conhecimento quanto uma avaliação das maneiras para alcançar resultados de negócios. O Quadro 2 ilustra os cinco primeiros critérios fornecidos pelo EKMM.

Quadro 2 – Os cinco primeiros critérios fornecidos pelo EKMM

ID	CRITÉRIO
1	Definir fontes de conhecimento e seguir o progresso tecnológico ao longo desta linha
2	Proporcionar o compartilhamento e o acesso ao conhecimento
3	Fornecer adaptação e flexibilidade na utilização do conhecimento
4	Fornecer valor positivo para a organização por meio da utilização do conhecimento
5	Proteger o capital intelectual e o direito de propriedade intelectual

Fonte: Oztemel e Arslankaya (2012, p. 10).

Em sequência, os 22 critérios de avaliação de GC são relacionados com os 9 componentes da Torre de Conhecimento, conforme Quadro 3.

Quadro 3 – Relacionamento entre critérios de avaliação de GC e componentes da Torre de Conhecimento

No.	Componentes do EKMM	Crítérios de avaliação relacionados
1	Infraestrutura do conhecimento	5, 9, 11, 12, 15, 16, 17, 18, 19
2	Processos da Gestão do Conhecimento	1, 2, 3, 4, 9, 10, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21
3	Representação do conhecimento	1, 2, 15, 16, 17, 18, 19, 21
4	Planejamento do conhecimento	3, 4, 9, 10, 15, 16, 17, 18, 19, 22
5	Estratégias de Gestão do Conhecimento	8, 9, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 22
6	Organização do conhecimento	6, 9, 12, 15, 16, 17, 18, 19
7	Cultura do conhecimento	3, 7, 9, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 22
8	Alavancagem do conhecimento	4, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20
9	Avaliação das atividade de Gestão do Conhecimento	15, 16, 17, 18, 19

Fonte: Oztemel e Arslankaya (2012, p. 11).

Após os relacionamentos, foi estabelecida uma pontuação de referência para estes relacionamentos conforme mostram os Quadros 4 e 5. Esta pontuação foi definida por meio de investigação e pesquisa de especialistas no domínio da GC.

Quadro 4 – Pontuação de Referência do EKMM

Elemento do EKMM	Nível estratégico	Nível tático	Nível operacional	Total
1. Infraestrutura do conhecimento	45	45	60	150
2. Processos da Gestão do Conhecimento	35	40	50	125
3. Representação do conhecimento	25	30	35	90
4. Planejamento do conhecimento	40	40	30	110
5. Estratégias de Gestão do Conhecimento	55	35	30	120
6. Organização do conhecimento	40	40	30	110
7. Cultura do conhecimento	40	30	30	100
8. Alavancagem do conhecimento	30	35	30	95
9. Avaliação das atividade de Gestão do Conhecimento	40	30	30	100
Total	350	325	325	1,000

Fonte: Oztemel e Arslankaya (2012, p. 11).

Quadro 5 – Pontuação de referência para os relacionamentos dos componentes do modelo global e os critérios

Critério	9 - Avaliação das atividades de GC	8 - Alavancagem do conhecimento	7 - Cultura do conhecimento	6 - Organização do conhecimento	5 - Estratégias de GC	4 - Planejamento do conhecimento	3 - Representação do conhecimento	2 - Processos da GC	1 - Infraestrutura do conhecimento
1							11	8	
2							11	9	
3			9			11		9	
4		10				11		9	
5									16
6				14					
7			9						
8					11				
9			9	13	11	11		9	16
10						11		9	
11									22
12				14					16
13		10	9		11			9	
14		10	9		11			9	
15	20	10	9	14	11	11	11	9	16
16	20	11	9	14	11	11	11	9	16
17	20	11	9	14	11	11	11	9	16
18	20	11	9	13	11	11	11	9	16
19	20	11	9	14	11	11	11	9	16
20		11			11				
21							13	9	
22			10		10	11			
Total	100	95	100	110	120	110	90	125	150

Fonte: Oztemel e Arslankaya (2012, p. 12).

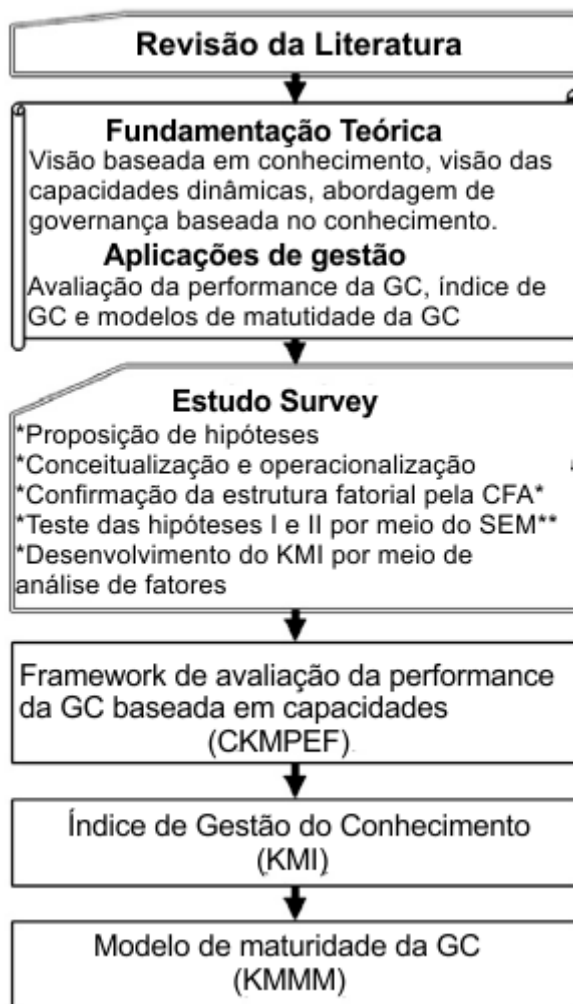
Ao aplicar o modelo as pontuações obtidas deverão ser enquadradas em um dos intervalos: 1 - Nenhuma implementação; 2 - Implementação parcial, prevalente em 25% do estabelecido; 3 - Implementação parcial, prevalente em 50% do estabelecido; 4 - Implementação parcial, prevalente em 75% do estabelecido; 5 - Implementação total e prevalente em todos os departamentos.

A fim de mostrar a aplicabilidade do EKMM, um estudo de caso foi realizado com uma companhia chamada CEKA Steel Doors, que produz portas de aço para casas. A empresa está localizada no centro da Turquia e tem várias filiais em todo o país. Realizando a avaliação de acordo com todos os critérios definidos pelo modelo, a CEKA obteve uma pontuação de 610,68 de um total de 1000 pontos, indicando ser capaz de gerir 61% do conhecimento.

No próximo artigo analisado, Chen e Fong (2012) se valeram de testes de hipóteses no desenvolvimento de um *framework* para avaliação da gestão do conhecimento baseada na capacidade (CKMPEF). De acordo com os autores, a visão das capacidades dinâmicas (DCV) centra-se na renovação dos recursos de conhecimento estratégico das empresas, de modo a

manter uma vantagem competitiva em mercados turbulentos. Dentro do contexto da DCV, o foco da gestão do conhecimento é desenvolver a gestão do conhecimento baseada na capacidade (KMC) através da implantação de mecanismos de governança do conhecimento que venham por facilitar os processos de conhecimento, de modo a produzir um maior desempenho de negócios ao longo do tempo. O processo de pesquisa desenvolvido pelos autores é ilustrado pela Figura 10.

Figura 10 – Processo de pesquisa adotado por Chen e Fong (2012)

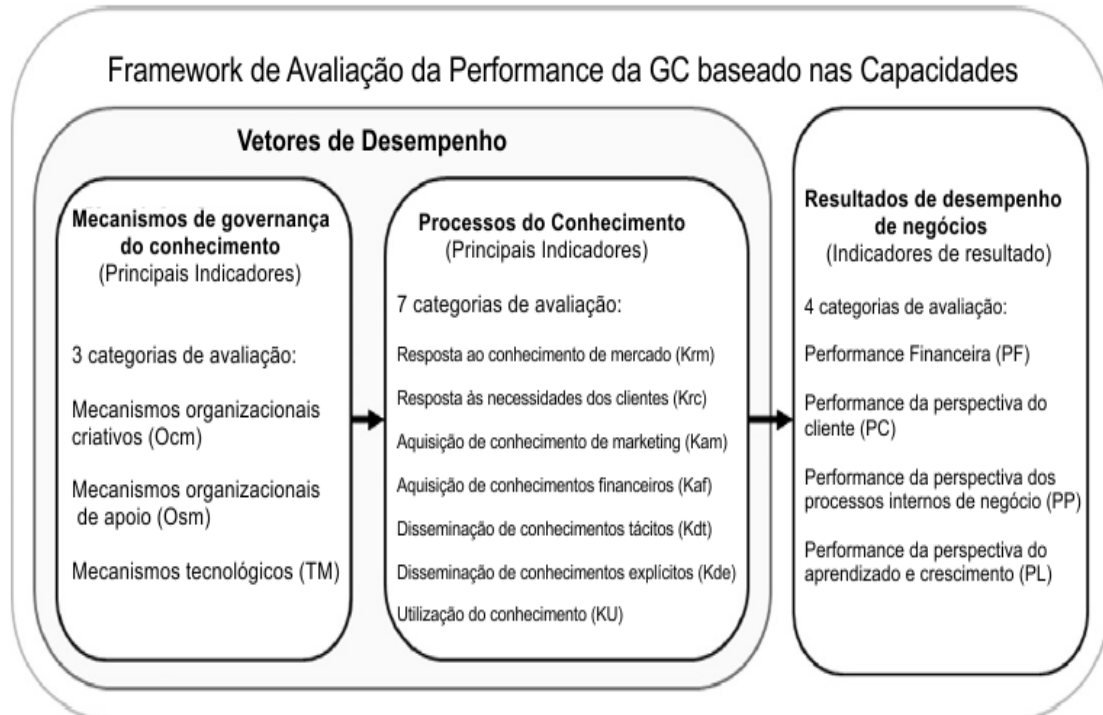


Fonte: Chen e Fong (2012, p. 5).

Conforme os autores, a essência da avaliação de desempenho da GC é avaliar quão bem a KMC é configurada com mecanismos de governança de conhecimento e processos que permitem a uma empresa alcançar um desempenho superior através da correspondência da sua base de conhecimento com as necessidades do mercado. Em seu modelo, os autores levam em consideração os processos de GC (aquisição, utilização, disseminação), aspectos estruturais

(aspectos tecnológicos incluindo TI) e aspectos humanos como expectativas de clientes e capital intelectual. A Figura 11 ilustra o modelo proposto pelos autores:

Figura 11 – *Framework* para avaliação da Gestão do Conhecimento baseada na capacidade



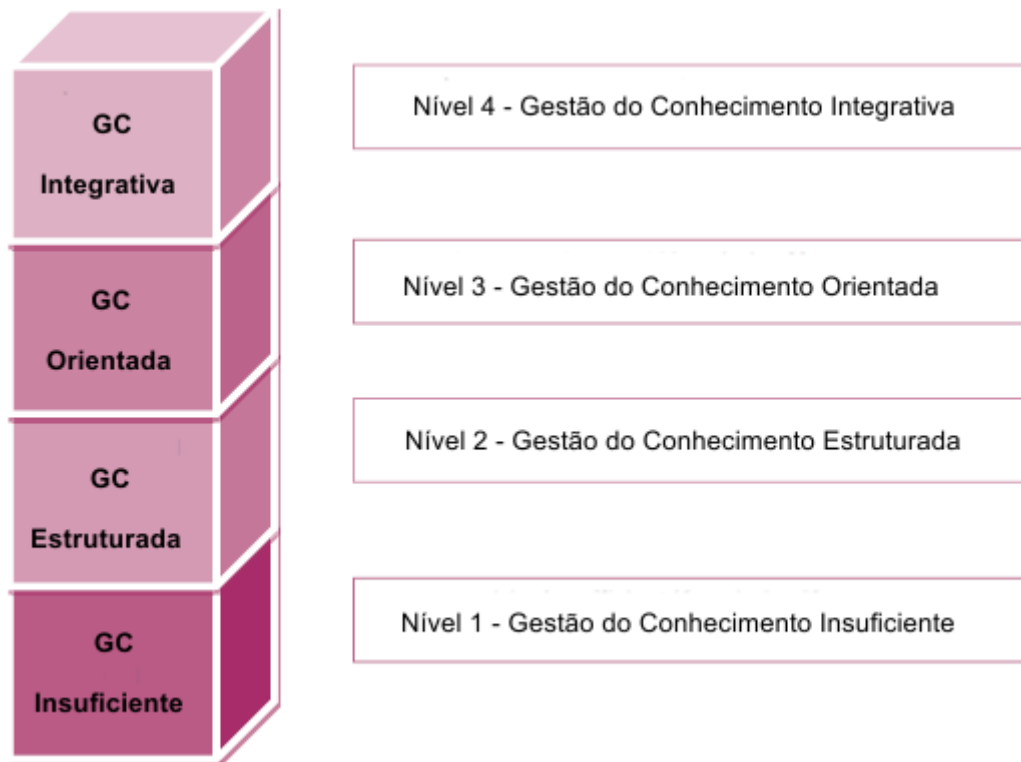
Fonte: Chen e Fong (2012, p. 10).

O KMMM foi concebido nos moldes do CKMPEF, com três áreas: mecanismos de governança do conhecimento, processos de conhecimento e desempenho dos negócios. O modelo conta ainda com 14 categorias principais, 51 itens de medição e cinco níveis de maturidade da GC. Os autores afirmam que a estrutura e os instrumentos de avaliação têm significância estatística e boa generalização para serem aplicadas na população da pesquisa, nomeadamente as empresas de construção que operam no mercado da construção dinâmica Hong Kong.

Oliva (2014) fez uso de teorias sobre GC para extrair as barreiras e práticas incluídas na literatura e, com o objetivo de confirmá-las, realizou uma pesquisa quantitativa com gerentes de grandes empresas brasileiras. Além de apresentar as principais barreiras e práticas fundamentais associadas com GC, seu principal resultado apresenta um modelo para a avaliação do nível de maturidade da GC com base nas práticas adotadas por grandes empresas. Inicialmente, foram realizadas entrevistas com especialistas no assunto, o que permitiu a validação do modelo conceitual e, conseqüentemente, apoiou o desenvolvimento da ferramenta

de pesquisa com os gerentes de grandes empresas. A pesquisa de Oliva (2014) mostrou que as cinco principais barreiras para GC em grandes empresas brasileiras são: a falta de interesse dos funcionários, a comunicação ineficiente, a falta de cultura de compartilhamento, a falta de competência do pessoal e a falta de incentivo. O estudo indica que as barreiras estão concentradas principalmente em fatores humanos e organizacionais, respectivamente, ou seja, fatores que são internos à organização. Com base nas barreiras identificadas, os critérios de avaliação “nível de estruturação da GC na organização”, “uso da TI na GC”, “cultura organizacional focada na criação do conhecimento”, “gestão participativa na GC” e “envolvimento dos stakeholders na GC” foram estabelecidos, compondo o modelo da Figura 12.

Figura 12 – Critérios de avaliação do modelo de maturidade proposto por Oliva (2014)



Fonte: Oliva (2014, p. 19).

Posteriormente, a pesquisa quantitativa foi realizada com os gestores de grandes empresas para identificar as barreiras e práticas associadas à GC. Para cada obstáculo ou prática decorrente da literatura ou da pesquisa com especialistas, através de questionário foi solicitado que o gerente atribuísse uma pontuação de 0 a 10. Com base nas respostas e na análise dos resultados, foi realizada uma pesquisa com os mesmos peritos para validar os resultados. O grupo de peritos era composto de dois consultores de gestão do conhecimento e três gestores

de conhecimento de grandes empresas brasileiras. De posse das pontuações atribuídas pelos gerentes das empresas, por meio de operações estatísticas, o nível de maturidade de cada uma foi estabelecido. De acordo com os autores, considerando-se as fases do processo de GC, as barreiras são mais prejudiciais nas seguintes fases: divulgação de conhecimentos, avaliação de conhecimentos e aquisição de conhecimentos.

2.4.2 Estudos de avaliação da gestão do conhecimento não orientados à maturidade

Dentre os artigos identificados, não voltados à avaliação da maturidade, encontram-se pesquisas sobre avaliação da gestão do conhecimento com quatro focos distintos:

1) proposição de modelos, estruturas conceituais, métricas para avaliação de diferentes aspectos da GC, porém, sem a definição de níveis de maturidade, como é o caso de De Gooijer (2000), Lee, Lee e Kang (2005), Fan et al. (2009), Tseng (2008), Barbosa et al. (2009), Wen (2009), Cegarra-Navarro e Cepeda-Carrión (2010) e García-Fernández (2015);

2) estabelecimento de relação entre variáveis, como a pesquisa de Zaim, Tatoglu e Zaim (2007) que visou investigar os efeitos da infraestrutura de gestão do conhecimento e dos processos de gestão do conhecimento sobre o desempenho das práticas de GC;

3) mensuração do capital intelectual da organização como o estudo de Colauto e Beuren (2003) e;

4) aplicações de modelos de avaliação da gestão do conhecimento já existentes, como é o caso de Chawla e Joshi (2010) e de Braun e Mueller (2014).

De Gooijer (2000), em sua pesquisa, descreve uma abordagem para incorporar a gestão do conhecimento no modelo global de gestão de desempenho empresarial de organizações do setor público, e para discernir o grau em que as pessoas usam a gestão do conhecimento no seu trabalho. Seu campo de pesquisa foi uma organização pública localizada na Austrália. Dois modelos são apresentados para medir o desempenho e o comportamento da gestão do conhecimento: um *framework* de desempenho com base na abordagem do *balanced scorecard*, e um *framework* de comportamento que identifica os níveis de prática demonstrados pelos indivíduos. O primeiro, nomeado *Knowledge Management Performance Scorecard*, mapeia os objetivos para a gestão do conhecimento nas áreas do *Balanced Scorecard*. O segundo, nomeado *Knowledge Management Behaviour Framework* aponta sete níveis de competências de gestão do conhecimento para demonstrar o comportamento colaborativo e descreve possíveis

comportamentos dos gestores e os papéis que assumiriam em relação aos indivíduos em cada nível.

O *Knowledge Management Performance Scorecard* foi estruturado por meio de uma adaptação do *Balanced Scorecard (BSC)*, modelo criado por Robert Kaplan e David Norton. O BSC faz uso de quatro dimensões nomeadas (i) performance financeira, (ii) processos de negócios internos, (iii) clientes e (iv) crescimento. Em virtude do *Knowledge Management Performance Scorecard* ser um modelo idealizado para organizações públicas, as dimensões “clientes” e “crescimento” foram adaptadas, recebendo os nomes “partes interessadas (*stakeholders*)” e “pessoas”. O Quadro 6 ilustra as dimensões do modelo proposto pelo autor e seus objetivos.

Quadro 6 – Dimensões do *Knowledge Management Performance Scorecard* e seus objetivos

Dimensão	Objetivo
Performance financeira	Evidenciar o que é necessário fazer para ter sucesso financeiro
Processos de negócios internos	Evidenciar quais processos deve-se ter para ter sucesso.
Stakeholders	Evidenciar a forma como a organização deve se apresentar aos seus stakeholders.
Pessoas	Evidenciar a forma de aprendizado e desenvolvimento da organização.

Fonte: Elaborado pelo autor, baseado em De Gooijer (2000).

O segundo *framework*, chamado *Knowledge Management Behaviour*, tem por objetivo identificar e descrever o uso de ferramentas da GC, sistemas, recursos e práticas como comportamentos a serem assimilados na medida em que os indivíduos adotam a GC em seu trabalho. De acordo com De Gooijer (2000), o *framework* comportamental está diretamente ligado à dimensão “Pessoas” do *Knowledge Management Performance Scorecard* uma vez que seus critérios são compostos por “Cultura” e “Comportamento”. Quanto à sua estruturação, o modelo segue os fundamentos do *Concerns-Based-Adoption-Model (CBAM)*, composto por 7 níveis que, neste caso, foram personalizados pelo autor e ilustrados conforme Quadro 7.

Quadro 7 – Níveis da GC adotados no *framework Knowledge Management Behaviour*

Nível	Habilidades da Gestão do Conhecimento
0	Consciente mas não faz uso das ferramentas e práticas da gestão do conhecimento
1	Busca informações sobre gestão do conhecimento
2	Possui experiência com as ferramentas e práticas da gestão do conhecimento
3	Já implementou práticas de gestão do conhecimento
4	Engajado com o impacto e as consequências dos comportamentos voltados para gestão do conhecimento
5	Colabora ativamente nos aspectos do trabalho
6	Foca as habilidades da gestão do conhecimento em novas oportunidades de negócios

Fonte: De Gooijer (2000, p. 7).

A implementação dos *frameworks* foi prevista, segundo os autores, em uma organização pública localizada na Austrália, uma vez que à época não havia sido realizada.

No artigo produzido por Lee, Lee e Kang (2005) foi proposta uma métrica para avaliar o desempenho da Gestão do Conhecimento nomeada KMPI (Knowledge Management Performance Index). Por meio do uso do KMPI, é possível, de acordo com os autores, avaliar a GC em uma empresa em um ponto no tempo. Os autores definem o KMPI como sendo uma função logística composta por cinco componentes (Quadro 8) que podem ser usados para determinar o processo de circulação do conhecimento (KCP): criação de conhecimento, acumulação de conhecimento, compartilhamento de conhecimentos, utilização de conhecimento e internalização do conhecimento.

Quadro 8 – Componentes do KMPI e seus significados

Componente	Significado
Criação do Conhecimento	Processo da GC em que a criação do conhecimento, seja tácito ou explícito, é acelerada por meio do incentivo de inter-relações sinérgicas entre indivíduos de diferentes contextos. Para mensurar a criação de conhecimento, de acordo com os autores, são necessários dois itens: entendimento das tarefas e compreensão da informação.
Acumulação do Conhecimento	Processo da GC que incentiva o desenvolvimento de uma base de conhecimento para que os indivíduos da empresa possam obter o conhecimento relevante para ajudar no processo de tomada de decisão. Para mensurar a acumulação do conhecimento, o autor se vale de três itens: a utilização de banco de dados, gestão sistemática de tarefas do conhecimento e capacidade individual para a acumulação.
Compartilhamento do Conhecimento	Processo da GC que promove a difusão do conhecimento e contribui para tornar o processo de trabalho “astuto”. Para mensurar o compartilhamento do conhecimento, o autor faz uso de dois itens: compartilhamento de conhecimentos centrais e compartilhamento do conhecimento.
Utilização do Conhecimento	Processo da GC que pode ocorrer em todos os níveis de atividades de gestão nas empresas: uma das formas populares de utilização do conhecimento é adotar as melhores práticas de outras organizações líderes, descobrir conhecimento relevante, e aplicá-lo. Para mensurar a utilização do conhecimento, o autor faz uso de dois itens: grau de utilização do conhecimento na organização e cultura da utilização do conhecimento.
Internalização do Conhecimento	Processo da GC que pode ocorrer quando o trabalhador vem a descobrir um conhecimento relevante, obtê-lo e, em seguida, aplicá-lo. Portanto, a internalização pode dar origem a novos conhecimentos. Desta forma, ele fornece uma base para a criação de conhecimento ativo. Para mensurar a internalização do conhecimento, o autor faz uso de três itens: capacidade de internalizar o conhecimento relacionado com as tarefas, oportunidade de educação e nível de aprendizagem organizacional.

Fonte: Elaborado pelo autor, baseado em Lee, Lee e Kang (2005).

Quanto mais eficiente for o KCP, maior será o KMPI. Para provar a contribuição do KMPI, um questionário foi aplicado em 101 empresas listadas no mercado Kosdaq, na Coreia. O KMPI foi associado a três medidas financeiras: preços de ações, relação entre preço e lucro e despesas com pesquisa e desenvolvimento. Identificou-se que os pesquisadores desenvolveram o modelo de avaliação da gestão do conhecimento a partir da literatura a respeito do tema e o validaram, inicialmente, por meio de entrevistas com dois professores, quatro doutorandos e dois profissionais de GC e, em um segundo momento, por 18 executivos de diferentes empresas. Os resultados estatísticos mostram que o KMPI pode representar a

eficiência do KCP e sua utilização irá melhorar a qualidade da tomada de decisão em relação à investimentos em infraestrutura e auxiliará na definição e estabilização do KCP.

Tendo como objetivo investigar um método de tomada de decisão de diversos atributos para avaliar a Capacidade da Gestão do Conhecimento (KMC) da organização, Fan et al (2009) apresentam uma hierarquia de avaliação e um modelo de matriz julgamento, baseado em uma abordagem linguística *fuzzy*, para identificar a KMC. De acordo com o resultado da avaliação, os gestores poderiam julgar a necessidade de promover a KMC e determinar quais dimensões devem ser melhoradas. Os autores destacam que, na hierarquia de avaliação, as dimensões e atributos (ilustrados no Quadro 9) para avaliar a KMC foram identificados por meio de revisão da literatura.

Quadro 9 – Os atributos de capacidade de infraestrutura e capacidade de processo

Dimensões	Atributos	Significados
Capacidade de Infraestrutura	Tecnologia	Integrar fluxos, anteriormente fragmentados, de informação/ conhecimento na organização
	Estrutura	Importante para alavancar a arquitetura tecnológica
	Cultura	A interação dos funcionários deve ser encorajada, tanto formal como informalmente
Capacidade dos Processos	Aquisição	Processos de GC orientados à aquisição são aqueles orientados para a obtenção de conhecimento
	Conversão	Tornar o conhecimento existente útil
	Aplicação	O uso efetivo do conhecimento
	Segurança	Proteger o conhecimento contra roubo ou uso impróprio ou ilegal

Fonte: Fan et al, (2009, p. 3).

Um exemplo foi utilizado para ilustrar a aplicação do modelo em uma empresa da China. Os respondentes pertenciam a três grupos (funcionários, peritos externos e gerentes sêniores) e sua função foi a de avaliar o KMC da empresa em questão.

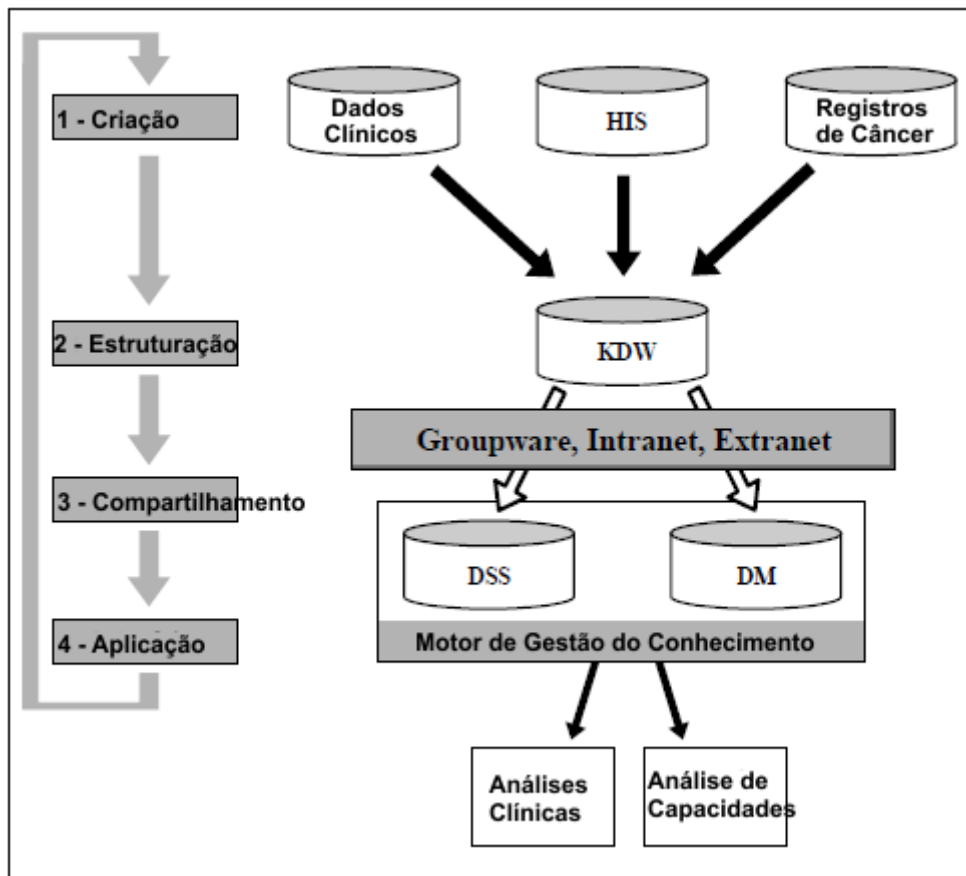
O trabalho de Tseng (2008) teve por objetivo fornecer um *framework* conceitual orientado à gestão para descrever a influência do nível de desempenho do sistema de GC (Knowledge Management System – KMS) em sua implementação. Este estudo envolveu duas fases com metodologias distintas. A primeira fase contemplou a coleta de dados por meio de revisão da literatura e entrevistas semiestruturadas com os gestores seniores de quatro empresas. Em segundo lugar, um questionário (desenvolvido por meio de revisão da literatura e das

entrevistas) foi enviado para as 500 maiores empresas em Taiwan com o intuito de avaliar a compreensão do KMS pelos autores e verificar se os dados qualitativos das entrevistas correspondiam aos dados quantitativos dos questionários. Ao final, foi utilizada a métrica proposta por (Lee et al., 2005), nomeada de Knowledge Management Performance Index (KMPI) para avaliar o desempenho do KMS. Como resultado da pesquisa, observou-se que a qualidade do KMS afetará o desempenho do KMS.

O trabalho de Barbosa et al. (2009) propõe como objetivo o desenvolvimento de um *framework* conceitual para um sistema de gestão do conhecimento que busca dar suporte aos hospitais e à rede de oncologia do Brasil. Por meio deste *framework* é possível, conforme os autores, a criação de um sistema de cuidados com a saúde voltado à gestão do conhecimento que irá integrar os processos clínicos, administrativos e financeiros na área da saúde, bem como fornecer uma infraestrutura de apoio à tomada de decisão geral.

De acordo com Barbosa et al. (2009), na maioria dos hospitais oncológicos existem comitês multidisciplinares para discussão de abordagens clínicas dos pacientes. Os médicos buscam informações em diferentes fontes de informação, a fim de tomar as suas decisões. Para apoiar as atividades dos médicos, várias ferramentas, como mecanismos para manter a história do paciente, ferramentas on-line para coleta de informação clínica e ficha médica tradicional, são usados. A maioria destes é centrada no paciente como o apresentado na Figura 13.

Figura 13 – *Framework* proposto para a Gestão do Conhecimento Oncológico



Fonte: Barbosa et al. (2009, p. 10).

Os Dados Clínicos (*Clinical Data*) devem ser incorporados no *Data Warehouse* do Conhecimento (*Knowledge Data Warehouse – KDW*). Estes dados são derivados do sistema de informação hospitalar da unidade (HIS) e de médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde, e se dividem em três categorias gerais: (i) a informação histórica que o paciente fornece; (ii) a informação obtida a partir do exame físico; e (iii) os resultados dos ensaios ou procedimentos realizados no paciente. Os registros oncológicos (*Cancer Registries*) contemplam informações sobre pacientes com câncer de hospitais públicos e privados. Os dados são armazenados e atualizados com o intuito de que seja produzido um histórico de todos os pacientes com câncer. Os *Data Warehouses* agem como um repositório de dados operacionais atuais e históricos e por meio de um portal de acesso seguro (Intranet/Extranet), o ambiente permite o compartilhamento de informações de forma segura e seletiva. O *Data Mining* (DM) e o Sistema de Apoio à Decisão (*Decision Support System – DSS*) estão entre as ferramentas usadas pelos médicos para ter acesso ao KDW. Essas ferramentas fornecem os meios para aplicação de técnicas de *Business Intelligence* (BI) por meio de um ambiente de

gestão de consultas, ferramentas de análise estatística, mineração de conhecimento, e acesso ao *software* de apoio à decisão em todos os níveis hierárquicos.

O trabalho de Barbosa et al. (2009) teve como campo de pesquisa o INCA (Instituto Nacional de Câncer). As fontes de dados utilizadas na pesquisa estão ilustradas no Quadro 10.

Quadro 10 – Fontes de dados utilizados na pesquisa de Barbosa et al. (2009)

Fonte de Dados	Descrição
Registros em arquivos	<ul style="list-style-type: none"> • Dados clínicos • Registros de Câncer • Dados de internação do paciente
Documentos	<ul style="list-style-type: none"> • Manuais e guias do sistema de informação hospitalar • Rotinas organizacionais da unidade hospitalar • Literatura Médica
Entrevistas	<ul style="list-style-type: none"> • 20 entrevistas com funcionários do hospital (enfermeiros, médicos, técnicos, coordenadores, gerentes)
Observação Participativa	<ul style="list-style-type: none"> • Observação realizada por dois autores que atuavam como funcionários do INCA, permitindo o acesso ao conhecimento tácito por meio da observação de pessoas diretamente envolvidas no problema (médicos, técnicos, analistas de sistemas, etc.).

Fonte: Barbosa et al. (2009, p. 9).

Dentre os principais beneficiados pelo modelo proposto estão as atividades relacionadas com a análise clínica, como a análise epidemiológica e doenças e sua gestão correspondente e a área da análise de capacidade que envolve análises abrangentes do fluxo de tratamento do paciente e da disponibilidade de recursos (pessoas, máquinas, etc.) para lidar com a demanda. Quanto à aplicação do modelo no INCA, os autores relatam à época que se encontra parcialmente implantado: o KDW, composto pelo sistema de informação (HIS), dados clínicos e os registros de câncer está implantado e as ferramentas de mineração de dados estão em fase de implementação.

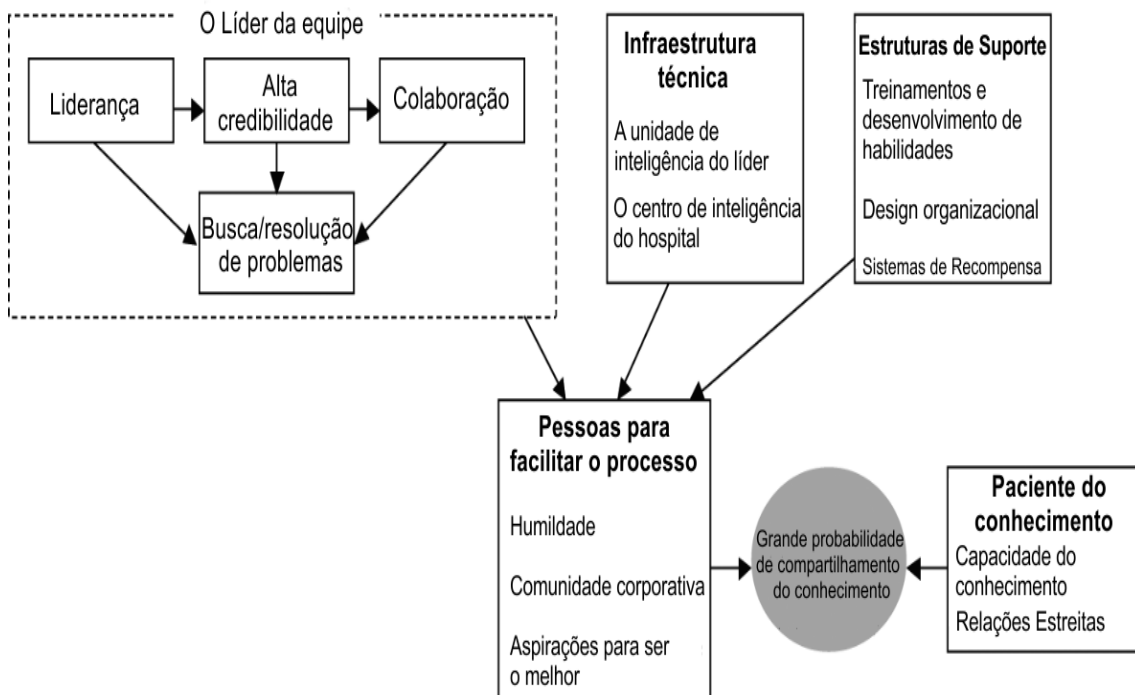
Wen (2009) propõe em seu trabalho, um modelo para mensuração da gestão do conhecimento. Além de utilizar a literatura relacionada, os passos adotados no desenvolvimento e aplicação do modelo incluem: (1) a consulta a especialistas, acadêmicos e profissionais em gestão do conhecimento de empresas de alta tecnologia de Taiwan; (2) a obtenção dos pontos de vista de um grupo de foco; (3) a aplicação do processo de hierarquia analítica (AHP); e (iv) um inquérito por questionário utilizado na avaliação da GC. Estes métodos qualitativos e quantitativos foram integrados para encontrar os pesos relativos de diferentes níveis e índices.

O modelo final é composto por 5 constructos (staff, informação, dados, conhecimento e sabedoria) e 30 itens validados.

A validade e confiabilidade do modelo foram testadas por meio de testes empíricos em empresas de alta tecnologia. O autor ressalta que o modelo proposto pode ser utilizado para avaliar o desempenho da Gestão do Conhecimento em termos de controle e coordenação do conhecimento organizacional.

Cegarra-Navarro e Cepeda-Carrión (2010) têm como objetivo em seu trabalho, apresentar um *framework* conceitual para gestão do conhecimento em unidades hospital-no-lar (*hospital-in-the-home*) que busque orientar a aprendizagem no contexto de serviços de atendimento domiciliar. Este artigo analisa as práticas de gestão do conhecimento da unidade hospital-no-lar de um hospital regional espanhol que presta cuidados em casa. Por conseguinte, este artigo mostra algumas das ferramentas e métodos que esta unidade tem usado para gerenciar seus conhecimentos. Por meio de entrevistas, os autores buscaram identificar fatores-chave para aumentar a capacidade de transferência do conhecimento nas unidades hospital-no-lar, ilustrados pela Figura 14.

Figura 14 – *Framework* para o desenvolvimento de transferência de conhecimento por unidades hospitalares-no-lar



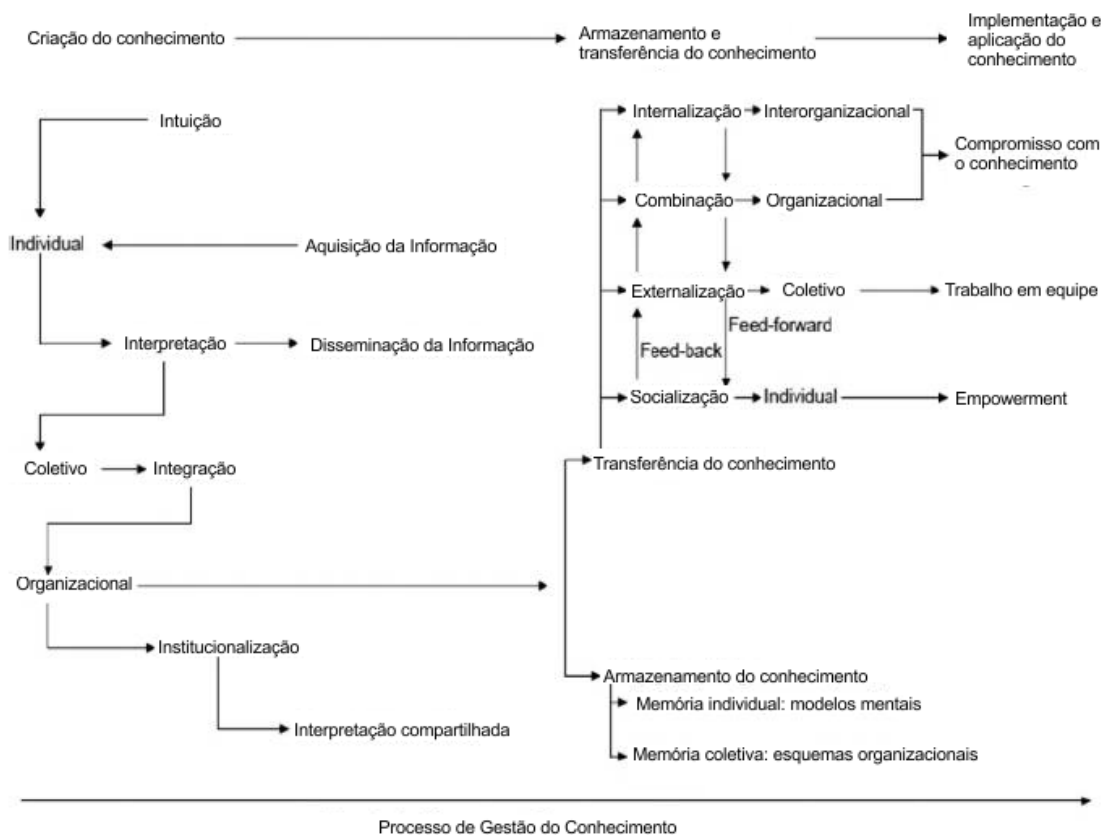
Fonte: Cegarra-Navarro e Cepeda-Carrión (2010, p. 6).

A primeira contribuição desta pesquisa deriva da estrutura proposta que contempla os quatro principais fatores abordados que podem proporcionar uma transferência de conhecimentos mais eficaz em unidades hospital-no-lar. Conforme mostrado na Figura 14, o contexto em que os praticantes são capazes de aprender com as necessidades do paciente, é baseado em quatro temas: (1) infraestrutura técnica; (2) pessoas para facilitar e conduzir o processo; (3) um sistema que incentiva compartilhamento; e (4) o líder da equipe.

O artigo produzido por García-Fernández (2015) se propõe a identificar as dimensões da gestão do conhecimento (GC), e propor um modelo para GC que, segundo o autor, poderá ser utilizado por futuros investigadores na realização de medições. Seu trabalho é baseado em uma revisão da literatura de contribuições teóricas e empíricas para gestão do conhecimento.

O modelo, ilustrado pela Figura 15, unifica e relaciona conceitos diferentes na literatura, como a criação de conhecimento, transferência e armazenamento de conhecimento e aplicação e uso do conhecimento.

Figura 15 – Modelo de Gestão do Conhecimento proposto por García-Fernández (2015)



Fonte: García-Fernández (2015, p. 11).

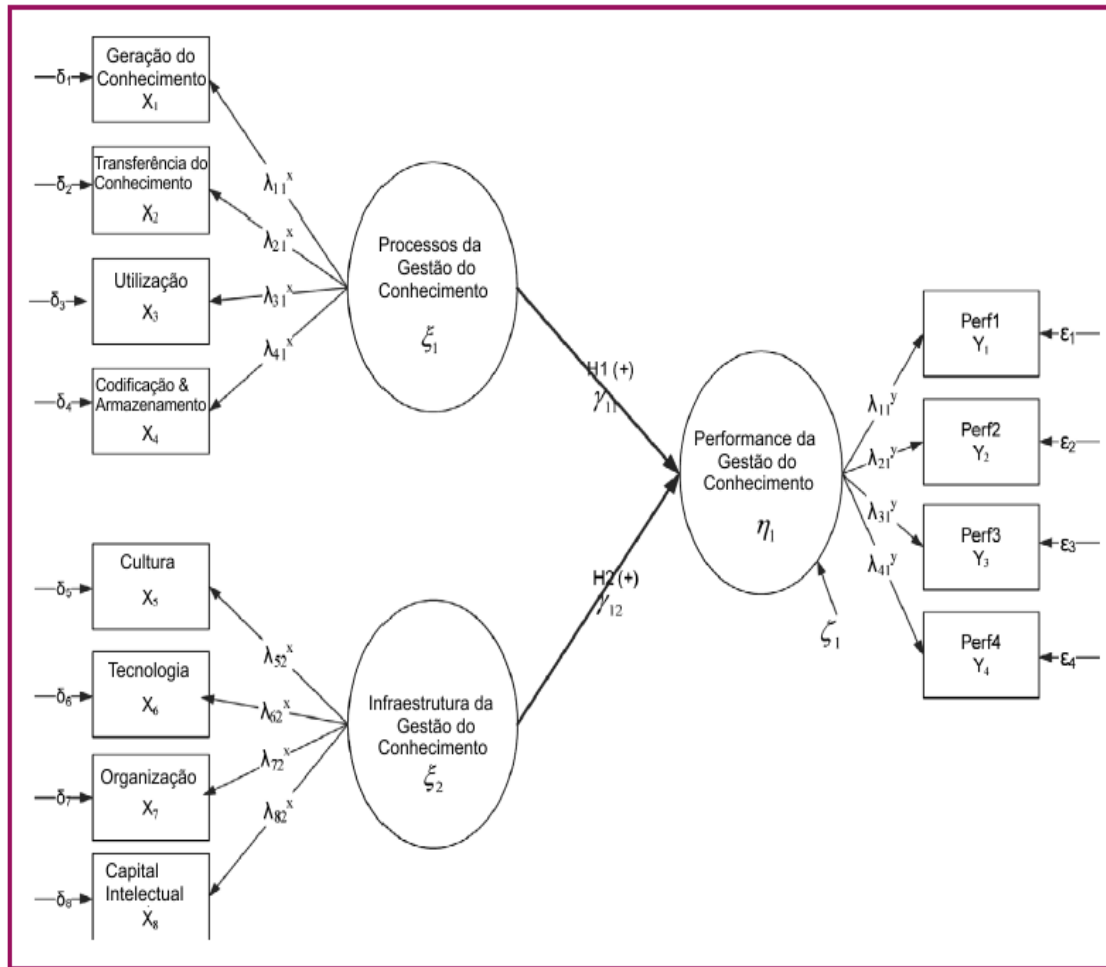
O modelo proposto, apresentado em forma de fluxograma, propõe as seguintes dimensões e sub-dimensões de GC:

- Criação de conhecimento: aquisição de informações, divulgação de informações e interpretação comum;
- Transferência e armazenamento do conhecimento: o armazenamento de conhecimentos e transferência de conhecimento; e
- Aplicação e uso do conhecimento: trabalho em equipe, fortalecimento e compromisso com o conhecimento.

O autor defende que os modelos existentes abordam a GC por partes, como a criação ou transferência, como processos isolados. Em virtude do exposto, o estudo padroniza o framework teórico para alcançar uma maior e melhor investigação empírica que não avalie a GC por partes, mas como um todo.

O trabalho produzido por Zaim, Tatoglu e Zaim (2007) teve como objetivo principal investigar os efeitos da infraestrutura de gestão do conhecimento e dos processos de gestão do conhecimento sobre o desempenho das práticas de GC. A coleta dos dados se deu pela aplicação de um questionário do tipo *survey* a 83 gestores, a partir de um estudo de caso único de um Sistema Global para Comunicações Móveis (GSM) na Turquia. O questionário foi elaborado com base na revisão da literatura e discussões com acadêmicos. Com base na utilização do modelo conceitual ilustrado pela Figura 16 e por meio de testes estatísticos, os autores observaram que ambos, processos de gestão do conhecimento e infraestrutura de gestão do conhecimento influenciaram positiva e significativamente o desempenho das práticas de GC.

Figura 16 – Modelo conceitual de desempenho da GC e características avaliadas



Fonte: Zaim, Tatoglu e Zaim (2007, p. 5).

Os itens avaliados em seu método, conforme ilustrado pela Figura 16, formam uma estrutura arborescente onde o nó principal é o Desempenho da GC e é composto por dois grandes grupos: (i) processos de GC, e (ii) infraestrutura de GC. O primeiro é composto pelos critérios (i) geração do conhecimento, (ii) transferência do conhecimento, (iii) utilização do conhecimento e (iv) codificação e armazenamento do conhecimento. O segundo contempla os critérios (i) cultura, (ii) tecnologia, (iii) organização e (iv) capital intelectual.

O trabalho de Colauto e Beuren (2003) teve por objetivo apresentar uma proposta de metodologia de avaliação da gestão do conhecimento para uma organização hospitalar, caracterizada como entidade filantrópica. A proposta denominada “Monitor da Gestão do Conhecimento” é fruto da reflexão teórica e comparação dos modelos apresentados por Stewart (1997), Edvinsson e Malone (1998) e Sveiby (1998). O Monitor da Gestão do Conhecimento é composto por três capitais: capital humano; capital estrutural; e capital de clientes, sendo que cada um destes se vale de indicadores de crescimento e renovação, indicadores de eficiência e

indicadores de estabilidade para mensuração. Os autores destacam que esses indicadores devem ser monitorados e gerenciados para a efetiva administração da organização que atua no segmento hospitalar. Colauto e Beuren (2003) aplicaram seu modelo em uma entidade filantrópica. Foram utilizadas escalas ordinais para mensuração. A Figura 17 apresenta os indicadores e itens utilizados considerando cada um dos três capitais.

Figura 17 – Monitor da Gestão do Conhecimento

CAPITAL HUMANO		CAPITAL ESTRUTURAL		CAPITAL DE CLIENTE	
Crescimento e Renovação		Crescimento e Renovação		Crescimento e Renovação	
Tempo de profissão	16 anos	Investimento na estrutura Interna (8)	0,20%	Número de clientes (12)	9360
Nível de escolaridade (1)	(1) 23% (2) 45% (3) 23%	Investimento em sistema de processamento de informações (9)	0,50%	Superávit por cliente	R\$ 7,47
Custo de treinamento e Educação per capita	8,57	Sugestões feitas <i>versus</i> sugestões implementadas (10)	87%		
Rotatividade da competência (2)	15,6%				
Tempo de treinamento no ano (3)	25 dias				
Eficiência		Eficiência		Eficiência	
Proporção de profissionais na empresa (4)	67%	Proporção de pessoal de suporte	33%	Índice de clientes satisfeitos (13)	86 %
Habilidades dos funcionários valorizadas pelos clientes (5)	(1) 42% (2) 22% (3) 36%	Pacientes atendidos por pessoal de suporte	203	Receita anual por cliente	R\$ 256,41
		Conhecimento dos funcionários em informática	9,33%		
Estabilidade		Estabilidade		Estabilidade	
Media etária (6)	34 anos	Idade da organização	23 anos	Estrutura etária (14)	12 anos
Tempo de serviço (7)	8 anos	Rotatividade do pessoal de suporte (11)	6,52%	Frequência de retornos para continuidade do tratamento (15)	83%
Taxa de rotatividade de funcionários	8,57%	Taxa de novatos	7,85%		

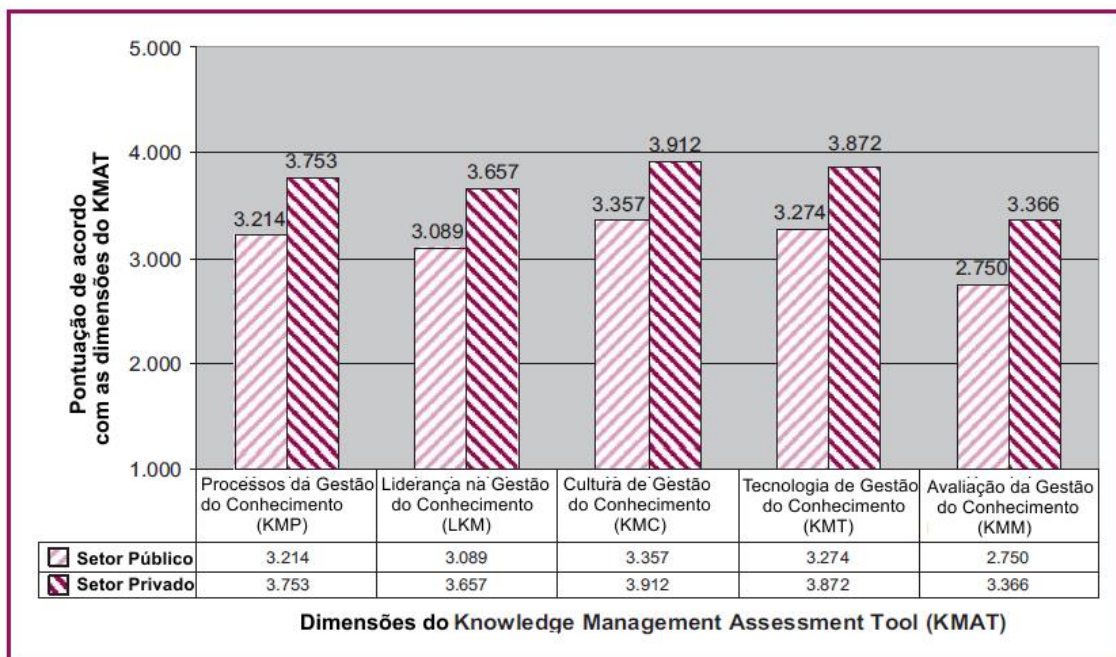
Fonte: Colauto e Beuren (2003, p. 19).

De acordo com Colauto e Beuren (2003), o monitor da gestão do conhecimento configura-se com um formato de apresentação dos indicadores relevantes que auxiliam na mensuração do capital intangível das empresas hospitalares. Os autores destacam que a escolha dos indicadores depende da estratégia da organização, os quais podem ser utilizados, sobretudo, para o acompanhamento de uma estratégia orientada para o conhecimento.

O trabalho desenvolvido por Chawla e Joshi (2010) teve como objetivo compreender as várias dimensões da GC e como elas diferem em organizações públicas e privadas na Índia. Ele também busca identificar as dimensões em que um setor é melhor do que o outro e áreas que

necessitam de melhoria. Em seu estudo, os autores fazem uso da Knowledge Management Assessment Tool (KMAT). O KMAT é dividido em cinco seções: (i) processo, (ii) liderança, (iii) cultura, (iv) tecnologia e (v) avaliação. A intenção do KMAT é seguir uma abordagem qualitativa para mensurar capital de conhecimento por meio de benchmarking. O benchmarking é usado para identificar as melhores práticas nos facilitadores fornecidos por KMAT. Neste estudo, após a coleta e análise dos dados nas várias dimensões do KMAT, verificou-se que as organizações do setor privado tiveram maior pontuação em relação ao setor público em todas as dimensões (Figura 18). Além disso, sempre que houve diferença significativa, foi realizada uma análise minuciosa nos elementos que compõem as dimensões em ambas as organizações (públicas e privadas), para identificar as causas para as diferenças.

Figura 18 – Comparação da pontuação média para organizações públicas e privadas nas dimensões do KMAT



Fonte: Chawla e Joshi (2010, p. 11).

O último artigo do Portfólio Bibliográfico é representado pelo trabalho dos autores Braun e Mueller (2014). Em sua pesquisa, os autores realizam uma análise de como a gestão do conhecimento se manifesta no setor público municipal, a partir de um estudo de caso em uma cidade do Brasil, amparado na aplicação do método OKA (*Organization Knowledge Assessment*) e o software SysOKA. De acordo com os referidos autores, o método OKA permite ter clareza em que ponto se está e aonde se quer chegar, e como a organização se apresenta;

oferece, também, um resultado de pontuação que remete ao foco e à revisão de estratégias para a implantação e implementação de ações focadas no controle dos processos e de avaliação dos mesmos na organização.

O SysOKA permite a geração de um relatório com a identificação do grau de maturidade a partir da leitura das 199 questões propostas, com perguntas e respostas orientadas em três elementos agrupados de análise: pessoas, processos e sistemas. Esses elementos abordam 14 dimensões do conhecimento, assim distribuídas:

Pessoas: Incentivos Culturais; Criação e Identificação do Conhecimento; Compartilhamento de Conhecimento; Comunidades de Prática e Times de Conhecimento; Conhecimento e Aprendizagem.

Processos: Liderança e Estratégia; Fluxos de Conhecimento; Operacionalização do Conhecimento; Alinhamento; e Métricas e Monitoramento.

Sistemas: Tecnologia; Conteúdo do Conhecimento; Programa de Gestão do Conhecimento; e Infraestrutura e Acesso ao Conhecimento.

Analisando tanto os estudos de avaliação da GC voltados à avaliação da maturidade, quanto os demais identificou-se semelhança entre os critérios de avaliação utilizados pelos diversos autores. A partir desta análise, elaborou-se uma estrutura (framework) conceitual que fundamentará a coleta de dados para esta pesquisa. Esta estrutura será abordada no próximo tópico.

2.5 DESENVOLVIMENTO TEÓRICO

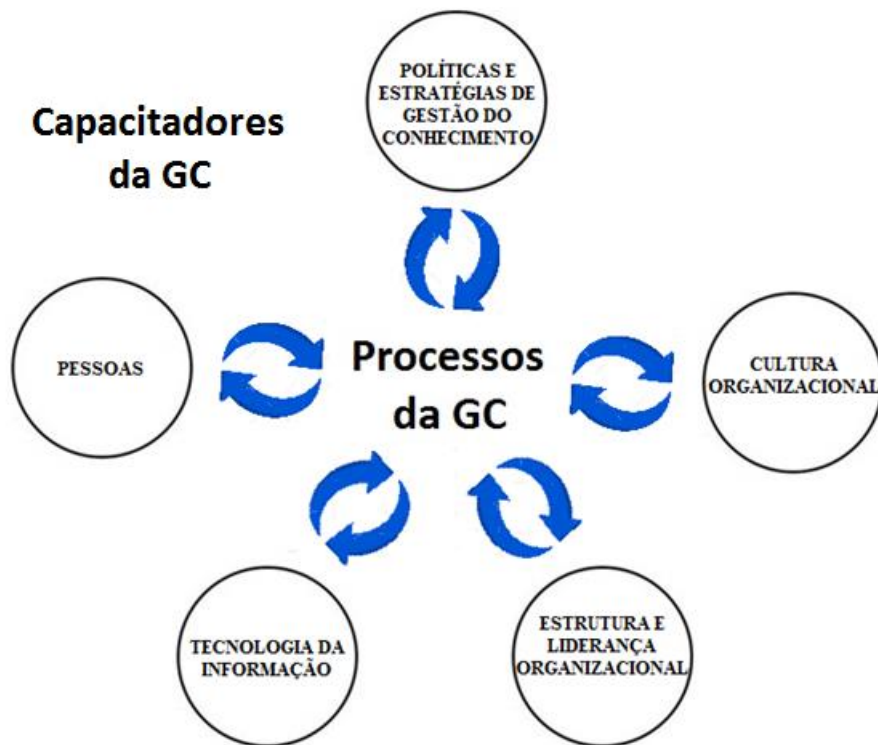
As propostas de avaliação da GC analisadas contemplam critérios de avaliação com foco em duas dimensões chave relacionadas: (i) capacitadores da GC; e (ii) processos de GC. Os capacitadores englobam aspectos organizacionais que suportam e potencializam a GC. Os processos são aqueles comumente citados como inerentes à GC, quais sejam: (i) criação; (ii) aquisição; (iii) compartilhamento; (iv) armazenamento; (v) proteção; (vi) avaliação; e (vii) utilização do conhecimento.

Algumas propostas de avaliação apresentam foco em capacitadores da GC, como é o caso de: De Gooijer (2000); Robinson et al (2006); Tseng (2008); Barbosa et al. (2009); Cegarra-Navarro e Cepeda-Carrión (2010); Chawla e Joshi (2010); Kruger e Johnson (2010); Braun e Mueller (2014). Outros estudos apresentam foco em processos da GC, por exemplo: Lee, Lee e Kang (2005); García-Fernández (2015). Ainda se identifica aqueles estudos voltados

tanto a capacitadores, quanto a processos de GC como Lee e Kim (2001); Lin (2007); Zaim, Tatoglu e Zaim (2007); Fan et al. (2009); Hsieh, Lin e Lin (2009); Pee e Kankanhalli (2009); Wen (2009); Chawla e Joshi (2010); Khatibian, Hasan e Jafari (2010); Chen e Fong (2012); Oztemel e Arslankaya (2012); Oliva (2014).

Apesar desta distinção, observa-se que tanto as pesquisas com foco apenas em capacitadores, apresentam indiretamente critérios relacionados à processos. Da mesma forma, os estudos com foco em processos, apresentam critérios relacionados indiretamente à capacitadores. Por exemplo, a proposta de Lee, Lee e Kang (2005) voltada para processos, no que diz respeito ao processo de utilização do conhecimento, prevê como um dos critérios, a existência de uma cultura de encorajamento à utilização e compartilhamento do conhecimento, o que se configura como um capacitador da GC. Este fato mostra a relação mútua entre as dimensões “capacitadores” e “processos”. Enquanto os capacitadores fornecem a base para a efetividade dos processos de GC, estes últimos, ao serem desenvolvidos e incorporados à organização, reforçam os capacitadores da GC, como ilustra a Figura 19, que representa a estrutura conceitual preliminar proposta para esta pesquisa.

Figura 19 – Estrutura conceitual preliminar



Fonte: Elaborado pelo autor (2016).

Os capacitadores representam as áreas com as quais as organizações precisam se preocupar quando intentam desenvolver a GC, portanto, nesta pesquisa denominados “Áreas de Preocupação”. Os critérios identificados a partir da revisão, comparação e análise dos estudos sobre avaliação da GC, foram agrupados em 5 (cinco) áreas de preocupação: (i) Políticas e Estratégias de Gestão do Conhecimento; (ii) Cultura Organizacional; (iii) Estrutura e Liderança Organizacional; (iv) Tecnologia da Informação; e (v) Pessoas.

As Políticas e Estratégias de Gestão do Conhecimento refletem a preocupação da organização em desenvolver a GC intencionalmente, de forma estruturada e planejada. Portanto, esta área envolve o nível de conhecimento da organização sobre GC, bem como o reconhecimento das suas áreas de competência; a existência de um planejamento da GC como parte da política e alinhado à estratégia organizacional; a extensão da GC para além das fronteiras organizacionais, envolvendo conjuntamente os seus stakeholders; e a definição de políticas e práticas para a avaliação da GC, visando aprimorá-la continuamente. O Quadro 11 apresenta esta área de preocupação, subáreas e temas correspondentes, bem como os autores de suporte.

Quadro 11 – Área de preocupação: políticas e estratégias de gestão do conhecimento

ÁREA DE PREOCUPAÇÃO	SUBÁREA DE PREOCUPAÇÃO	TEMAS	AUTORES DE SUPORTE
POLÍTICAS E ESTRATÉGIAS DE GESTÃO DO CONHECIMENTO	CONHECIMENTO DE GC E DAS ÁREAS DE COMPETÊNCIA	Nível de conhecimento sobre GC na organização Reconhecimento do conhecimento <i>core</i> e/ou áreas de competência <i>core</i> da organização	Tseng (2008); Robinson et al. (2006); Hsieh et al (2009); Lee e Kim (2001).
	PLANEJAMENTO DA GC	Estabelecimento de princípios/visão, políticas, objetivos e estratégias de GC Formalização de processos de GC	Robinson et al. (2006); Pee e Kankanhalli (2009); Lee e Kim (2001); Khatibian et al (2010); Chen e Fong (2012); Oztemel e Arslankaya (2012); Hsieh et al (2009); Tseng (2008); Lin (2007); Fan et al (2009).
	PAPEL DA GC NA ESTRATÉGIA DA ORGANIZAÇÃO	Alinhamento entre estratégias de GC e estratégias da organização Amplitude organizacional da GC Alocação de recursos para GC Definição de papéis de GC	Tseng (2008); Robinson et al. (2006); Pee e Kankanhalli (2009); Oliva (2014); Hsieh et al (2009); Wen (2009); (2009); Lee e Kim (2001); Oztemel e Arslankaya (2012).
	GC ALÉM DA ORGANIZAÇÃO	Engajamento dos stakeholders na GC. Alianças de conhecimento com fornecedores, clientes e outros <i>stakeholders</i> . Políticas e estratégias de inteligência competitiva.	Lee e Kim (2001); Oliva (2014); Kruger e Johnson (2010).
	AVALIAÇÃO DA GC	Indicadores de desempenho da GC Integração da avaliação de GC à avaliação de desempenho organizacional Avaliação da efetividade em nível individual (satisfação). Avaliação da efetividade em nível organizacional.	Tseng (2008); Pee e Kankanhalli (2009); Hsieh et al. (2009); Lee e Kim (2001); Robinson et. al (2006); Oztemel e Arslankaya (2012); Oliva (2014); Kruger e Johnson (2010); Wen (2009); Lin (2007); Khatibian et al. (2010).

Fonte: Elaborado pelo autor (2016).

A área de preocupação Cultura Organizacional compreende os valores e práticas organizacionais voltados ao conhecimento. Valores e práticas organizacionais representam as

diferentes formas de manifestação da cultura organizacional e seus elementos (FERREIRA; ASMAR, 2008).

Dentre os valores organizacionais voltados ao conhecimento estão a cooperação, a inovação e a humanização. A cooperação envolve a valorização dos colaboradores que demonstram participação, colaboração, cooperação e compartilhamento do conhecimento. Valores orientados à inovação pressupõem a valorização dos colaboradores que demonstram criatividade e inovação. A humanização envolve a valorização de um ambiente de confiança, motivador e agradável.

As práticas voltadas ao conhecimento relacionam-se a sistemas de incentivo e recompensa aos colaboradores para fortalecer as atividades voltadas à GC; à promoção de sistemas de educação e treinamento visando à aprendizagem individual e organizacional; à promoção da interação intra e inter organizacional, tanto formal, quanto informalmente, com vistas às atividades da GC. O Quadro 12 ilustra esta área de preocupação.

Quadro 12 – Área de preocupação: cultura organizacional

ÁREA DE PREOCUPAÇÃO	SUB-ÁREA DE PREOCUPAÇÃO	TEMAS	AUTORES DE SUPORTE
CULTURA ORGANIZACIONAL	VALORES	Cooperação Inovação Humanização	Fan et al (2009); Robinson et al. (2006); Zaim et al. (2007); Chen e Fong (2012); Khatibian et al (2010); Chawla e Joshi (2010); Oztemel e Arslankaya (2012); Hsieh et al. (2009); de Gooijer (2000); Tseng (2008); Oliva (2014).
	PRÁTICAS	Sistema de incentivo / recompensa Sistema de educação e treinamento Relacionamento interpessoal	Pee e Kankanhalli (2009); Lee e Kim (2001); Robinson et al. (2006); Lin (2007); Cegarra-Navarro e Cepeda-Carrión (2010); Oliva (2014); Fan et al (2008); Zaim et al. (2007); Chen e Fong (2012); Khatibian et al (2010); Chawla e Joshi (2010); Hsieh et al. (2009); Wen (2009).

Fonte: Elaborado pelo autor (2016).

A área de preocupação Estrutura e Liderança envolve o desenvolvimento e a sustentação de uma estrutura organizacional propícia à GC, compreendendo aspectos como descentralização, pouca formalidade, canais de comunicação formais e informais, estrutura baseada em equipes, gestão participativa. Além disso, esta área traz aspectos relativos à Liderança Organizacional como suporte, comprometimento e participação dos gestores na GC, estilo de liderança. O Quadro 13 ilustra os aspectos relativos a esta área.

Quadro 13 – Área de preocupação: estrutura e liderança organizacional

ÁREA DE PREOCUPAÇÃO	SUB-ÁREA DE PREOCUPAÇÃO	TEMAS	AUTORES DE SUPORTE
ESTRUTURA E LIDERANÇA ORGANIZACIONAL	ESTRUTURA ORGANIZACIONAL	Grau de estruturação e formalização Definição de papéis e responsabilidades Tipologias de estrutura organizacional Canais de comunicação	Khatibian et al (2010); Zaim et al (2007); Lee e Kim (2001); Cegarra-Navarro e Cepeda-Carrión (2010); Tseng (2008); Oliva (2014).
	LIDERANÇA	Estilo de liderança Suporte, comprometimento e participação na GC	Zaim et al (2007); Lee e Kim (2001); de Gooijer (2000); Lin (2007); Khatibian et al. (2010); Chawla e Joshi (2010); Cegarra-Navarro e Cepeda-Carrión (2010); Hsieh et al. (2009); Oliva (2014); Tseng (2008); García-Fernández (2015).

Fonte: Elaborado pelo autor (2016).

A área de preocupação Tecnologia da Informação compreende as subáreas qualidade da TI, envolvendo aspectos como a integração da TI para GC com processos de negócios, tipos de ferramentas de TI utilizadas com o intuito de promover a GC, a integração das aplicações aos objetivos, estratégias e processos de GC e aspectos relacionados à usabilidade em TI. A segunda subárea abordada pela Tecnologia da Informação trata da qualidade do conhecimento passível de ser disponibilizado por meio da TI abrangendo aspectos referentes à sua atualização, compreensão e disponibilidade. O Quadro 14 ilustra a área de preocupação citada.

Quadro 14 – Área de preocupação: tecnologia da informação

ÁREA DE PREOCUPAÇÃO	SUB-ÁREA DE PREOCUPAÇÃO	TEMAS	AUTORES DE SUPORTE
TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO	QUALIDADE DA TI	Integração da TI para GC com processos de negócios Integração das aplicações aos objetivos, estratégias e processos de GC Usabilidade em TI	Pee e Kankanhalli (2009); Oztemel e Arslankaya (2012); Oliva (2014); Cegarra-Navarro e Cepeda-Carrión (2010); Khatibian et al. (2010); Zaim et al (2007); Lin (2007); Lee e Kim (2001); de Gooijer (2000); Chen e Fong (2012); Hsieh et al. (2009); García-Fernández (2015); Lee et al. (2005); Fan et al (2009); Tseng (2008).
	QUALIDADE DO CONHECIMENTO	Atualização Compreensão Disponibilidade	Hsieh et al. (2009); Khatibian et al. (2010); Wen (2009).

Fonte: Elaborado pelo autor (2016).

A área de preocupação Pessoas contempla critérios relacionados aos colaboradores da organização, por exemplo, nível de conhecimento em relação à GC (políticas, estratégias, objetivos e processos), nível de comprometimento com a GC (motivação e participação em atividades e processos) e nível de utilização das ferramentas de GC disponíveis (utilização e habilidade no uso). O Quadro 15 ilustra os aspectos relativos a esta área.

Quadro 15 – Área de preocupação: pessoas

ÁREA DE PREOCUPAÇÃO	SUB-ÁREA DE PREOCUPAÇÃO	TEMAS	AUTORES DE SUPORTE
PESSOAS	CONHECIMENTO SOBRE GC	Conhecimento de políticas, estratégias, objetivos e processos de GC na organização	Hsieh et al. (2009).
	COMPROMETIMENTO COM A GC	Motivação para a GC Participação em atividades e processos de GC	Zaim et al. (2007).
	USO DE FERRAMENTAS DE GC	Uso de ferramentas e aplicações de GC disponíveis Resistência e habilidade no uso da TI	Tseng (2008).

Fonte: Elaborado pelo autor (2016).

A estrutura conceitual, representada pelas cinco áreas de preocupação, subáreas e temas referentes será utilizada como suporte inicial à pesquisa de campo cujas características estão apresentadas no capítulo a seguir.

3 METODOLOGIA

Este capítulo objetiva apresentar informação ao leitor de como a pesquisa foi projetada e executada para alcançar seus objetivos e resultados (LAKATOS; MARCONI, 2006). Com este objetivo são delineados: (i) Abordagem da Pesquisa, (ii) Tipo de Pesquisa, (iii) Objeto de Estudo, (iv) Coleta de Dados; (v) Análise e interpretação de dados e (vi) Seleção do Portfólio Bibliográfico com o uso do *Knowledge Development Process–Constructivist (Proknow-C)*.

3.1 ABORDAGEM DA PESQUISA

A abordagem que fundamenta esta pesquisa é a qualitativa. Pode-se definir a abordagem qualitativa como “um meio para explorar e para entender o significado que os indivíduos ou os grupos atribuem a um problema social ou humano” (CRESWELL, 2013, p 26). Segundo o autor, a pesquisa qualitativa é fundamentalmente interpretativa. O pesquisador filtra os dados por meio de uma lente pessoal situada em um momento sociopolítico e histórico específico e faz uma interpretação sobre seu significado, mencionando as lições aprendidas e oferecendo mais perguntas a serem feitas. Esta abordagem justifica-se nesta pesquisa, uma vez que se pretende compreender os aspectos envolvidos na avaliação da gestão do conhecimento em um ambiente hospitalar considerando as percepções e significados atribuídos por gestores e profissionais de saúde a esta questão. Estes aspectos serão reunidos em uma estrutura conceitual de avaliação da gestão do conhecimento no hospital estudado.

3.2 TIPO DE PESQUISA

Esta pesquisa caracteriza-se como sendo do tipo estudo de caso, uma vez que será realizada em uma organização hospitalar em cujo contexto buscou-se o aprofundamento sobre o tema de pesquisa. Creswell (2013) define estudo de caso como o procedimento técnico onde o pesquisador explora em profundidade um fato, um programa, uma atividade, um processo ou uma ou mais pessoas. De acordo com o autor, os casos são agrupados por tempo e atividade, e os pesquisadores coletam informações detalhadas usando procedimentos de coleta de dados variados durante um período de tempo prolongado. Para Cervo e Silva (2006), estudo de caso pode ser definido como uma pesquisa sobre um determinado processo, indivíduo, um grupo ou

comunidade que seja representativo do seu universo, para examinar aspectos variados de sua existência.

Do ponto de vista de seus objetivos a pesquisa é exploratória. Para Creswell (2013), a pesquisa exploratória permite a realização da investigação prática para somente depois teorizar acerca dos resultados. Cervo e Silva (2006) argumentam que a pesquisa exploratória estabelece critérios, métodos e técnicas para a elaboração de uma pesquisa com o intuito de oferecer informações sobre o objeto desta e orientar a formulação de hipóteses. Quanto ao horizonte de tempo, este estudo caracteriza-se como de corte transversal, uma vez que as informações foram coletadas em um dado momento do tempo, o que, segundo Richardson (1999), define este tipo de estudo.

3.3 OBJETO DE ESTUDO

O hospital, objeto deste estudo, é de natureza pública, situado no município de São José, estado de Santa Catarina. A instituição em questão é especializada no tratamento de doenças cardíacas, contemplando atendimentos ambulatoriais, atendimentos emergenciais, exames de diagnóstico por imagem (eletrocardiograma, ecocardiograma, cateterismo, cintilografia entre outros) e cirurgias do tipo cardíaca e vascular, incluindo angioplastia e revascularização. A escolha deste hospital para realização da pesquisa é atribuída ao seu reconhecimento no estado de Santa Catarina em sua área de especialização e à facilidade de acesso às informações e aos entrevistados. Esta facilidade provém das vivências e experiências do pesquisador nos 12 anos que este integra o corpo funcional da instituição.

Inaugurada em 19 de abril de 1963, pelo então governador Celso Ramos, a unidade hospitalar funcionava em sede alugada (na rua Felipe Schmidt), posteriormente passou a funcionar no hospital Nereu Ramos, onde dava os primeiros passos na área de cirurgia experimental. Em 30 de novembro de 1987, passou a dividir o espaço físico com o Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes, onde ainda permanece.

A unidade conta com aproximadamente 600 (seiscentos) colaboradores lotados em 7 (sete) principais setores e em setores administrativos menores. Os principais setores são compostos pelos setores de Ambulatório, Centro Cirúrgico, Emergência, Hemodinâmica, Medicina Nuclear, Unidades de Internação e UTI Coronariana e são responsáveis pelo atendimento direto ao paciente na instituição.

Tendo como objetivo geral da pesquisa, identificar critérios para a avaliação da gestão do conhecimento em uma organização hospitalar, na perspectiva dos gestores e profissionais de saúde, participaram do estudo os gestores e as chefias dos sete maiores setores da unidade (Ambulatório, Centro Cirúrgico, Emergência, Hemodinâmica, Medicina Nuclear, Unidades de Internação e UTI Coronariana), totalizando 11 participantes. A escolha destes colaboradores é justificada pela extensa experiência adquirida nos fluxos do hospital e pela sua capacidade de liderança em seus setores, conforme ilustrado pelo Quadro 16.

Quadro 16 – Participantes da pesquisa

Cargo	Formação	Tempo de serviço (anos)
Diretor Geral	Especialista em Cardiologia, formado em Medicina.	31 anos
Gerente Técnico	Especialista em Cardiologia, formado em Medicina.	39 anos
Gerente Administrativo	Especialista em Saúde Pública, graduado em Administração.	23 anos
Gerente de Enfermagem	Especialista em Enfermagem de Terapia Intensiva, graduada em Enfermagem.	10 anos
Chefia do Ambulatório	Especialista em Enfermagem.	29 anos
Chefia da Hemodinâmica	Dr ^a em Enfermagem.	5 anos
Chefia da Medicina Nuclear	Dr ^a em Enfermagem.	29 anos
Chefia da Emergência	Dr ^a em Farmacologia, graduada em Enfermagem.	24 anos
Chefia da UTI Coronariana	Especialista em Gestão de Saúde e Controle de Infecção, graduada em enfermagem.	4 anos
Chefia das Unidades de Internação	Especialista em Enfermagem de emergência e terapia intensiva, graduada em enfermagem.	3 anos
Chefia do Centro Cirúrgico	Especialista em Enfermagem de Terapia Intensiva, graduada em enfermagem.	25 anos

Fonte: Elaborado pelo autor (2016).

Visando resguardar a identidade dos participantes, os mesmos foram designados nesta pesquisa como Ent.1 (que se refere ao primeiro entrevistado) a Ent.11 (que corresponde ao último entrevistado).

3.4 COLETA DE DADOS

Nesta pesquisa, a coleta de dados ocorreu por meio de entrevista semiestruturada, grupo de foco, observação participante e pesquisa documental. A combinação destas técnicas permitiu identificar as percepções dos sujeitos quanto à gestão do conhecimento no ambiente hospitalar.

De acordo com Lakatos e Marconi (2010), na entrevista semiestruturada, ao contrário do que ocorre com a estruturada, o entrevistador fica à vontade para progredir qualquer situação a variados destinos que julgar necessário e as perguntas são abertas e possibilitam respostas que se encaixam dentro de um diálogo informal e são perfeitamente aceitáveis partindo deste princípio. As entrevistas foram realizadas no hospital e gravadas com o consentimento dos participantes. Foram realizadas 11 entrevistas com os participantes apresentados no Quadro 16. Cada entrevista teve duração média de 33 minutos, correspondendo a um total de 6 horas de gravação. As entrevistas foram transcritas na íntegra para posterior análise. O roteiro de entrevista utilizado foi estruturado em duas seções, conforme apresentado no Quadro 17.

Quadro 17 – Estrutura geral do roteiro de entrevista semiestruturada

Seções do roteiro de entrevista	Descrição
SEÇÃO 1 – Conhecimento sobre GC e conhecimento <i>core</i>	Questões norteadoras com objetivo de identificar o reconhecimento pelos participantes das competências core do hospital, bem como sua compreensão sobre a GC.
SEÇÃO 2 – Processos da GC	Questões norteadoras visando identificar como ocorrem os processos da GC (aquisição, compartilhamento, criação, registro e uso) no hospital, seus dificultadores e facilitadores, e sugestões para o seu aprimoramento.

Fonte: elaborado pelo autor (2008).

Destaca-se que os aspectos de avaliação da GC constantes na estrutura conceitual preliminar não foram diretamente abordados no roteiro de entrevista, uma vez que seu objetivo era identificar a pertinência destes aspectos no contexto pesquisado, porém sem induzir previamente os entrevistados. A análise das entrevistas permitiu, de forma geral, a identificação dos aspectos teóricos de avaliação da GC e a realização de alguns ajustes na estrutura conceitual preliminar, a qual foi submetida a um grupo de foco.

Quanto ao grupo de foco, trata-se de uma técnica qualitativa que privilegia o aspecto da interação grupal para coleta de dados (FLICK, 2012). O Grupo de foco envolve reuniões com um grupo de participantes visando obter informações acerca de um determinado assunto,

possibilitando interpretar e enriquecer resultados de pesquisa obtidos (GIL, 2002). No caso desta pesquisa, foi realizado um grupo de foco composto pelos gestores do hospital (diretor geral, gerente de administração, gerente de enfermagem e gerente técnico) com o objetivo de obter informações adicionais às entrevistas para o refinamento da estrutura conceitual inicial. O moderador (pesquisador) apresentou a estrutura conceitual preliminar aos gestores que, após refletirem sobre as áreas, subáreas e temas identificados, puderam auxiliar no refinamento da estrutura conceitual preliminar e na proposição de possíveis indicadores. Este processo durou cerca de 2 horas.

Quanto à observação participante, é definida como o tipo de observação em que o pesquisador entra em contato com os membros do grupo pesquisado e participa das atividades normais do mesmo (CRESWELL, 2013; LAKATOS; MARCONI, 2010). Foi possível realizar a observação participante, uma vez que o pesquisador é integrante do quadro funcional do hospital. Em suas atividades cotidianas, o pesquisador registrou acontecimentos, passagens, fatos, que entendia dizer respeito ao tema de pesquisa e contribuir para os seus objetivos.

A pesquisa documental envolveu a coleta de informações e documentos referentes ao planejamento estratégico da instituição e ao seu organograma. Estas informações e documentos foram coletadas no local da pesquisa. De acordo com Cervo et al. (2006), na pesquisa documental são investigados documentos com o propósito de descrever e comparar usos e costumes, tendências, diferenças e outras características. O Quadro 18 ilustra as técnicas de coleta de dados utilizadas em cada objetivo específico proposto.

Quadro 18 – Técnicas de coleta de dados e objetivos específicos

Objetivos Específicos	Técnicas de Coleta
1 - Realizar a análise bibliométrica de publicações sobre a avaliação da gestão do conhecimento nas organizações.	- Procedimentos previstos pelo Proknow-C (tópico 3.6).
2 - Caracterizar os atores e os processos da gestão do conhecimento no hospital pesquisado	- Pesquisa documental, entrevista semiestruturada e observação participante.
3 - Identificar a pertinência de critérios teóricos de avaliação da gestão do conhecimento no contexto pesquisado.	- Entrevista semiestruturada e observação participante.
4 – Estruturar os critérios de avaliação da GC considerados relevantes para o hospital e propor indicadores.	- Grupo de foco, entrevista semiestruturada e observação participante.

Fonte: Elaborado pelo autor (2016).

A combinação de diferentes técnicas de coletas de dados, o que é característico de pesquisas qualitativas, contribuiu para o alcance dos objetivos propostos. A coleta de dados ocorreu concomitantemente à sua análise.

3.5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DE DADOS

A análise de dados consiste no processo de formação de sentido além dos dados, sendo que esta formação se dá consolidando, limitando e interpretando o material obtido pelo pesquisador na coleta de dados (TEIXEIRA, 2003). Em outras palavras, a análise e interpretação dos dados pode ser entendida como o processo de formação de significado. Para o referido autor, trata-se de um processo complexo que envolve retrocessos entre raciocínio indutivo e dedutivo, entre dados pouco concretos e conceitos abstratos, entre descrição e interpretação.

Dentre os métodos de análise de dados comumente utilizados na pesquisa qualitativa, no caso deste estudo foi adotada a análise de conteúdo. Segundo Bardin (1977), a análise de conteúdo é um método de análise das comunicações, que permite analisar dados oriundos de técnicas como entrevistas e observação. De acordo com a autora, na análise do material, buscase classificá-lo em temas ou categorias (categorização) que auxiliam na compreensão do que está por trás dos discursos. Salienta-se o caráter social da análise de conteúdo, uma vez que é uma técnica com intuito de produzir inferências de um texto para seu contexto social de forma objetiva (BAUER; GASKELL, 2002). A categorização tem como primeiro objetivo fornecer por condensação, uma representação simplificada de dados em estado bruto e funciona por meio de operações de divisão do texto em unidades, procurando isolar os elementos para em seguida agrupá-los (MONTALVO, 2010).

A categorização pode ser realizada de forma aberta, fechada ou mista (VERGARA, 2007). Nesta pesquisa foi utilizada a categorização mista. Esta técnica consiste em definir, preliminarmente, as categorias pertinentes ao objetivo da pesquisa (fechada), admitindo a inclusão de categorias surgidas durante o processo de análise (aberta), além de considerar a necessidade de subdivisão, inclusão ou exclusão de categorias para, finalmente, estabelecer o conjunto final de categorias, observando o possível arranjo (VERGARA, 2007; SAUNDERS; LEWIS; THORNHILL, 2011). No caso desta pesquisa, as categorias preliminares são aquelas identificadas por meio da revisão da literatura e ilustradas nos Quadros 11, 12, 13, 14 e 15.

Com o objetivo de identificar critérios de avaliação da GC no contexto pesquisado, de forma a não induzir a resposta dos entrevistados em direção aos critérios identificados na literatura, no roteiro de entrevista previu-se questões relacionadas aos processos da GC, aos seus facilitadores e dificultadores no contexto hospitalar. As categorias da estrutura conceitual foram utilizadas no momento da codificação das entrevistas. O software NVIVO v.11 foi utilizado como apoio à análise dos dados da pesquisa.

3.6 SELEÇÃO DO PORTFÓLIO BIBLIOGRÁFICO COM O USO DO KNOWLEDGE DEVELOPMENT PROCESS–CONSTRUCTIVIST (PROKNOW-C)

A presente pesquisa fez uso da ferramenta de intervenção denominada *Knowledge Development Process – Constructivist (ProKnow-C)*, desenvolvida pelo LabMCDA/UFSC sobre a coordenação do Professor PhD Leonardo Ensslin em 2009.

O principal objetivo do *Proknow-C* é auxiliar o processo de construção do conhecimento para o pesquisador, conforme suas delimitações e interesses, de acordo com a visão construtivista (DUTRA et. al, 2015). Para alcançar estes propósitos, o *ProKnow-C* é operacionalizado em quatro fases: (i) Seleção do Portfolio Bibliográfico (PB); (ii) Análise Bibliométrica; (iii) Análise Sistêmica; e (iv) *Research Question Objectives*. Nesta pesquisa foram operacionalizadas as duas primeiras etapas (i) Seleção do Portfolio Bibliográfico; (ii) Análise Bibliométrica. Neste tópico serão detalhados os passos para a obtenção do PB utilizado para desenvolvimento do capítulo 2 (Revisão da literatura), em especial no que tange ao tema **avaliação da gestão do conhecimento**. No tópico de Análise dos Dados, será apresentado o resultado da Análise Bibliométrica.

Após a definição do tema de pesquisa, os pesquisadores fazem uso do *Proknow-C* buscando selecionar um portfólio bibliográfico (PB) relevante a este tema. Este portfólio corresponde a um conjunto de artigos com reconhecimento científico e com conteúdo alinhados com o tema conforme entendido pelo pesquisador, e para as delimitações postas pelos mesmos (ENSSLIN et. al, 2014).

Os passos para a obtenção do PB, segundo o *Proknow-C* são: (1) seleção do portfólio bruto de artigos; (2) filtragem do portfólio bruto de artigos; e (3) teste de representatividade do portfólio bibliográfico. A implementação destes passos é explicitada em sequência.

3.6.1 Seleção do portfólio bruto de artigos

A seleção de artigos do portfólio bibliográfico bruto é o primeiro passo na definição do PB. Trata-se da seleção de um conjunto de publicações geradas a partir de bases de dados de reconhecimento científico e alinhadas por palavras-chave com o tema da pesquisa (ENSSLIN et. al, 2014).

O processo é iniciado com a definição de eixos de pesquisa e suas respectivas palavras-chave conforme a percepção do tema dada pelo pesquisador. O eixo principal, que define a área do conhecimento da pesquisa, refere-se à avaliação de desempenho e é representado pelas palavras-chave "*performance*", "*assessment*", "*measure*", "*evaluation*" e "*maturity*". O segundo eixo, que diz respeito ao assunto específico sobre o qual os pesquisadores desejam aprender, refere-se ao tema gestão do conhecimento e é representado pela palavra-chave "*knowledge management*".

Com o cruzamento dos dois eixos, obteve-se uma combinação de palavras-chave que resultaram em 5 alternativas de busca para cada banco de dados selecionado.

Em sequência a definição dos eixos de pesquisa, palavras-chave e combinações de alternativas, foram selecionados os bancos de dados Scopus, Web of Science (ou ISI) e EBSCO. Estes bancos de dados foram selecionados por propiciarem o maior retorno de artigos para as palavras chave utilizadas.

A obtenção de artigos nos bancos de dados foi realizada pela busca das combinações das palavras chave nos títulos, palavras-chave e resumos, limitando-se ao período de publicação entre 1 de janeiro de 2000 e 25 de março de 2015 e a publicações do tipo "artigos", eliminando livros, editoriais e resenhas de livros.

O resultado desta pesquisa foi um conjunto de 8.701 artigos, nomeado "Portfólio Bibliográfico Bruto Preliminar".

Finalizando esta etapa, foi realizado um teste de aderência das palavras-chave onde, através da seleção de cinco artigos alinhados com o tema e contidos no Portfólio Bibliográfico Bruto Preliminar, não se observou a necessidade de incorporação de novas palavras-chave e de novos artigos a este portfólio, tornando-o agora "Portfólio Bibliográfico Bruto".

Ressalta-se que, a princípio, o processo de seleção dos artigos foi realizado utilizando-se três eixos de pesquisa (avaliação de desempenho, gestão do conhecimento, saúde) com respectivas palavras-chaves. Como observado, o terceiro eixo representa a área de conhecimento foco deste estudo, - área da saúde. Porém, o uso dos três eixos resultou em um número reduzido de artigos, alinhados ao tema da pesquisa, denotando a falta de publicações,

em especial, na área de saúde, sobre a avaliação de desempenho da gestão do conhecimento. Este fato, conduziu os pesquisadores a adotarem os dois primeiros eixos de pesquisa considerando que: 1) a pesquisa com os dois primeiros eixos incluiria as publicações na área de saúde; 2) a identificação de um PB sobre avaliação de desempenho da gestão do conhecimento, de forma geral, poderia subsidiar o desenvolvimento de estudos futuros sobre este tema, em saúde, dado o número reduzido de publicações identificadas.

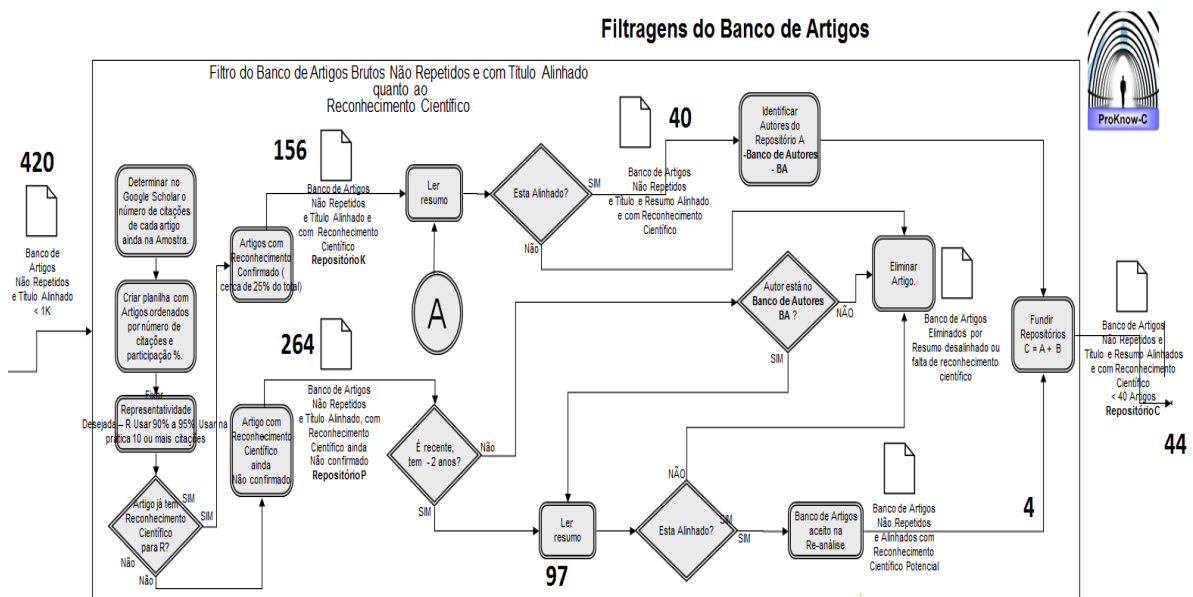
3.6.2 Filtragem do portfólio bruto de artigos

O processo de filtragem teve seguimento com o auxílio do software Endnote onde, através de sua ferramenta de eliminação de artigos duplicados, 1798 artigos foram eliminados, resultando em 6.903 artigos não repetidos.

Como próximo passo, realizou-se a leitura dos 6.903 títulos dos artigos não repetidos, buscando publicações alinhadas ao tema da pesquisa. Nesta etapa foram eliminados 6.483 artigos.

Os 420 artigos não repetidos e alinhados pela leitura dos títulos foram submetidos aos testes demonstrados na Figura 20: Filtragem conforme o reconhecimento científico.

Figura 20 – Filtragem conforme o reconhecimento científico



Fonte: Elaborado pelo autor, baseado em Tasca et. al, (2010).

Os testes ilustrados pela Figura 20 avaliam as publicações quanto a critérios pré-estabelecidos: número de citações, ano de publicação do artigo, alinhamento com o tema após leitura do abstract, entre outros. Ao final dos testes obteve-se 44 artigos. Para estes artigos, verificou-se sua disponibilidade nas bases de dados assinadas pela Unisul e Capes e sua subsequente leitura integral, buscando a eliminação das publicações não alinhadas. Nesta etapa, 7 artigos não estavam disponíveis de e 18 não estavam alinhados com o tema da pesquisa. Os 19 artigos resultantes originaram o “Portfólio Bibliográfico Preliminar”.

3.6.3 Teste de representatividade do portfólio bibliográfico

De posse do Portfólio Bibliográfico Preliminar, suas referências bibliográficas foram listadas, totalizando 906 referências. Estas referências passaram pelas delimitações de “tempo” (01/01/2000 a 25/03/2015) e “tipo de arquivo” (artigo), resultando em 419 artigos aprovados. Destes 419 artigos, 7 foram identificados como pertencentes aos artigos do Portfólio Bibliográfico Preliminar e foram excluídos desta etapa.

Os 412 artigos foram importados para o software Endnote, submetidos ao filtro de eliminação de artigos duplicados e verificados conforme alinhamento do título ao tema da pesquisa. Este processo resultou na eliminação de 389 artigos, restando 23. Destes 23, 4 foram eliminados por não possuírem reconhecimento científico suficiente (número de citações menor do que o nível de representatividade estabelecido) e 16 por não estarem integralmente alinhados ao tema da pesquisa.

Os 3 artigos resultantes foram adicionados aos 19 artigos do Portfólio Bibliográfico Preliminar, dando origem ao almejado “Portfólio Bibliográfico”, composto pelos 22 artigos contidos no Quadro 19:

Quadro 19 – Portfólio bibliográfico resultante com a aplicação do Proknow-C

Nº	AUTORES	TÍTULO	ANO	CITAÇÕES	PUBLICAÇÃO
1	Lee, K. C., Lee, S., e Kang, I. W.	KMPI: measuring knowledge management performance	2005	388	Information & Management
2	De Gooijer, J.	Designing a knowledge management performance framework	2000	186	Journal of Knowledge Management
3	Lee, J. H. e Kim, Y. G.	A stage model of organizational knowledge management: A latent content analysis	2001	173	Expert Systems with Applications
4	Fan, Z. P., Feng, B., Sun, Y. H., e Ou, W.	Evaluating knowledge management capability of organizations: a fuzzy linguistic method	2009	99	Expert Systems with Applications
5	Robinson, H. S., Anumba, C. J., Carrillo, P. M., e Al-Ghassani, A. M.	STEPS: A knowledge management maturity roadmap for corporate sustainability	2006	97	Business Process Management Journal
6	Tseng, S. M.	Knowledge management system performance measure index	2008	96	Expert Systems with Applications
7	Hsieh, P. J., Lin, B., e Lin, C.	The construction and application of knowledge navigator model (KNM™): An evaluation of knowledge management maturity	2009	80	Expert Systems with Applications
8	Zaim, H., Tatoglu, E., e Zaim, S.	Performance of knowledge management practices: A causal analysis	2007	72	Journal of knowledge management,
9	Wen, Y. F.	An effectiveness measurement model for knowledge management	2009	72	Knowledge-based systems
10	Lin, H. F.	A stage model of knowledge management: an empirical investigation of process and effectiveness	2007	68	Journal of Information Science

Nº	AUTORES	TÍTULO	ANO	CITAÇÕES	PUBLICAÇÃO
11	Colauto, R. D. e Beuren, I. M.	Proposta para avaliação da gestão do conhecimento em entidade filantrópica: o caso de uma organização hospitalar	2003	60	Revista de Administração Contemporânea
12	Khatibian, N., Hasan gholoi pour, T., e Abedi Jafari, H	Measurement of knowledge management maturity level within organizations	2010	37	Business Strategy Series
13	Pee, L. G. e Kankanhalli, A.	A model of organisational knowledge management maturity based on people, process, and technology	2009	33	Journal of Information & Knowledge Management
14	Chawla, D. e Joshi, H.	Knowledge management initiatives in Indian public and private sector organizations	2010	22	Journal of Knowledge Management
15	Cegarra-Navarro, J. G., e Cepeda-Carrión, G.	How to implement a knowledge management program in hospital-in-the-home units	2010	19	Leadership in Health Services
16	Barbosa, J. G. P., Gonçalves, A. A., Simonetti, V., e Leitão, A. R.	A proposed architecture for implementing a knowledge management system in the Brazilian National Cancer Institute	2009	16	BAR-Brazilian Administration Review
17	Oztemel, E. e Arslankaya, S.	Enterprise knowledge management model: A knowledge tower	2012	14	Knowledge and information systems
18	Chen, L. e Fong, P. S. W.	Revealing performance heterogeneity through knowledge management maturity evaluation: A capability-based approach	2012	13	Expert Systems with Applications
19	Kruger, C. J. e Johnson, R. D.	Principles in knowledge management maturity: A South African perspective	2010	6	Journal of Knowledge Management
20	Oliva, F. L.	Knowledge management barriers, practices and maturity model	2014	1	Journal of Knowledge Management

Nº	AUTORES	TÍTULO	ANO	CITAÇÕES	PUBLICAÇÃO
21	García-Fernández, M.	How to measure knowledge management: Dimensions and model	2015	0	VINE
22	Braun, C. C. e Mueller, R. R.	The knowledge management in the municipal public administration in Curitiba with the application of the Organizational Knowledge Assessment (OKA) method	2014	0	Revista de Administração Pública

Fonte: Elaborado pelo autor (2016).

3.7 ÉTICA NA PESQUISA

O presente estudo foi desenvolvido após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição envolvida. Após a aprovação, os participantes foram convidados pelo pesquisador a participar da pesquisa de forma voluntária, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1). Na oportunidade, os mesmos foram esclarecidos acerca dos riscos e benefícios da participação na pesquisa, tendo a possibilidade de retirar-se a qualquer momento sem nenhum ônus. Foi mantido sigilo profissional e os participantes não tiveram seus nomes divulgados, sendo identificados através de códigos (Ent.1 a Ent.11). Os dados adquiridos foram usados somente para o atual estudo, sendo armazenados por 5 anos, e após destruídos. Desta forma, o presente estudo respeita a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde no que diz respeito aos aspectos éticos.

O encaminhamento do projeto ao Comitê de Ética da instituição envolvida deu-se por meio do cadastro do projeto na Plataforma Brasil. Foram também anexados na referida Plataforma, a declaração de ciência e concordância com a pesquisa da referida instituição, bem como, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A Plataforma Brasil é uma base nacional e unificada de registros de pesquisas envolvendo seres humanos para todo o sistema CEP/Conep (Comitê de Ética em Pesquisa - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa). Ela permite que as pesquisas sejam acompanhadas em seus diferentes estágios, possibilitando o acompanhamento da fase de campo, o envio de relatórios parciais e dos relatórios finais das pesquisas (que deverão ser entregues quando as pesquisas forem concluídas).

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

O objetivo deste capítulo é a análise dos dados coletados, à luz do referencial teórico, para responder o problema de pesquisa proposto. O capítulo está estruturado em 4 tópicos, cada um dos quais referentes aos objetivos específicos propostos para a pesquisa. O tópico (i) - Análise Bibliométrica de Publicações sobre o Tema de Pesquisa - apresenta a análise bibliométrica das publicações sobre o tema “avaliação da gestão do conhecimento nas organizações”. O tópico (ii) - Caracterização dos Atores e dos Processos da Gestão do Conhecimento no Hospital pesquisado - busca caracterizar os atores da gestão do conhecimento no hospital e os processos a ela pertinente. O tópico (iii) - Critérios Teóricos de Avaliação da GC no contexto pesquisado - caracteriza-se pela análise das entrevistas com o intuito de identificar critérios de avaliação considerados relevantes para a GC, tendo como base a estrutura conceitual apresentada no tópico 2.5. O último tópico (iv) - Estruturação dos Critérios de Avaliação da GC no Hospital e proposição de Indicadores - é composto por uma etapa de refinamento da estrutura conceitual, conforme o entendimento dos gestores do hospital e, em sequência, por uma segunda etapa de proposição de possíveis indicadores para avaliação da GC na instituição.

4.1 ANÁLISE BIBLIOMÉTRICA DE PUBLICAÇÕES SOBRE O TEMA DE PESQUISA

O conteúdo deste tópico refere-se à apresentação da análise bibliométrica dos artigos que compõem o portfólio bibliográfico sobre o tema da pesquisa. Este portfólio, bem como o procedimento para sua seleção encontram-se no tópico 3.6.

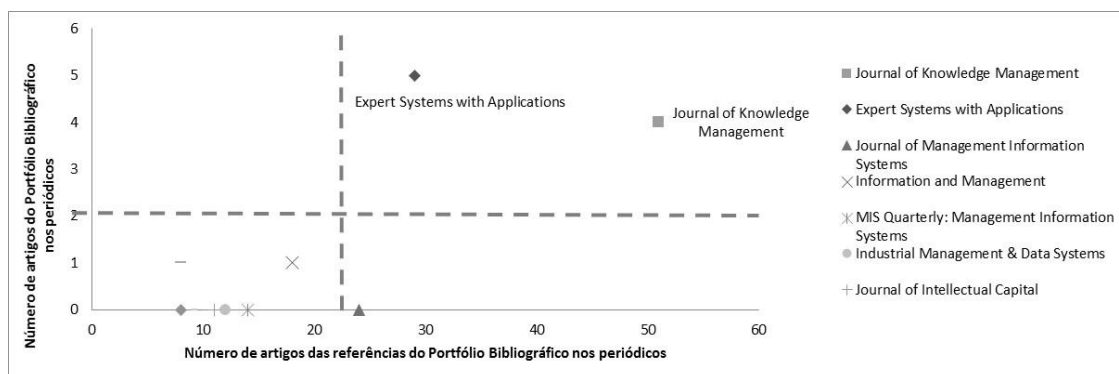
A análise bibliométrica foi realizada considerando as seguintes variáveis: (i) periódicos de destaque no PB e em suas referências; (ii) artigos de destaque no PB e em suas referências; (iii) autores de destaque no PB e em suas referências; e (iv) fator de impacto dos periódicos encontrados.

4.1.1 Periódicos de destaque no Portfólio Bibliográfico e em suas referências

O primeiro aspecto analisado foi a receptividade dos periódicos em relação ao tema pesquisado, que também contribuiu para identificar periódicos abertos a divulgação de pesquisas

sobre o assunto. Os 7 periódicos de maior destaque, de acordo com o resultado do cruzamento dos periódicos do PB e de suas referências são apresentados na Figura 21: Periódicos de destaque nos artigos e nas referências do Portfólio Bibliográfico.

Figura 21 – Periódicos de destaque nos artigos e nas referências do Portfólio Bibliográfico



Fonte: Elaborado pelo autor (2015).

Os periódicos Journal of Knowledge Management e Expert Systems with Applications encontram-se em posição de destaque, tanto no Portfólio Bibliográfico (PB) quanto em suas referências.

O Journal of Knowledge Management é um periódico pertencente ao Emerald Group Publishing. Este periódico é dedicado à troca de pesquisas acadêmicas e informações práticas sobre todos os aspectos da gestão do conhecimento nas organizações. O foco da revista reside na identificação de estratégias inovadoras de Gestão do Conhecimento e na aplicação de conceitos teóricos a situações do mundo real.

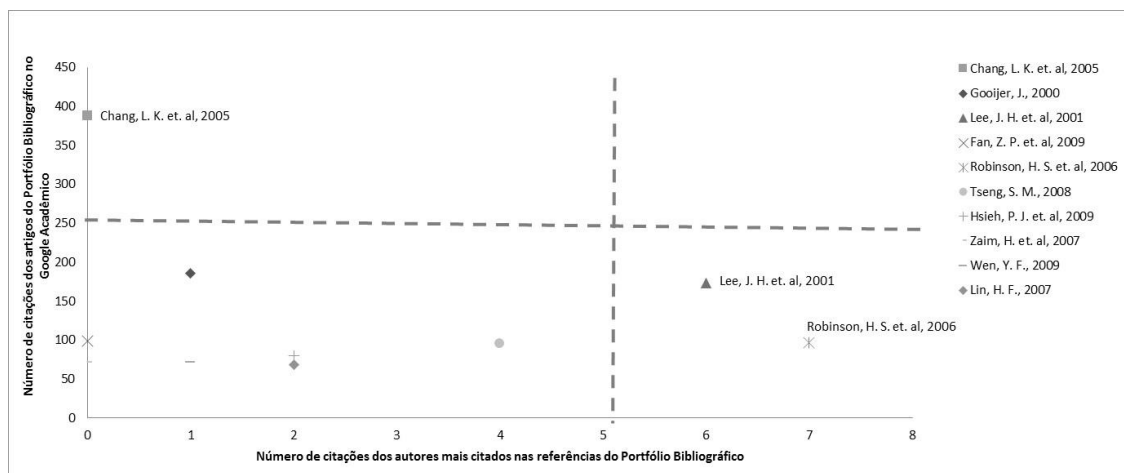
A Expert Systems with Applications é uma revista internacional cujo foco está na troca de informações relativas aos sistemas especialistas e inteligentes aplicados na indústria, governo e universidades em todo o mundo. As motivações da revista são: (i) publicar trabalhos relacionados com a concepção, desenvolvimento, testes, implementação e / ou gestão de sistemas especialistas e inteligentes; (ii) fornecer orientações práticas no desenvolvimento e na gestão destes sistemas.

4.1.2 Artigos de destaque no Portfólio Bibliográfico e em suas referências

O segundo aspecto analisado foi o que evidencia os artigos e autores de destaque no PB e em suas referências. A Figura 22: Artigos e autores de destaque no PB, mostra que nenhuma publicação selecionada neste fragmento se enquadrava como “artigo de destaque escrito por

autor de destaque”. O fragmento possibilitou a identificação de 1 artigo de destaque e de 2 artigos escritos por autores de destaque.

Figura 22 – Artigos e autores de destaque no Portfólio Bibliográfico



Fonte: Elaborado pelo autor (2015).

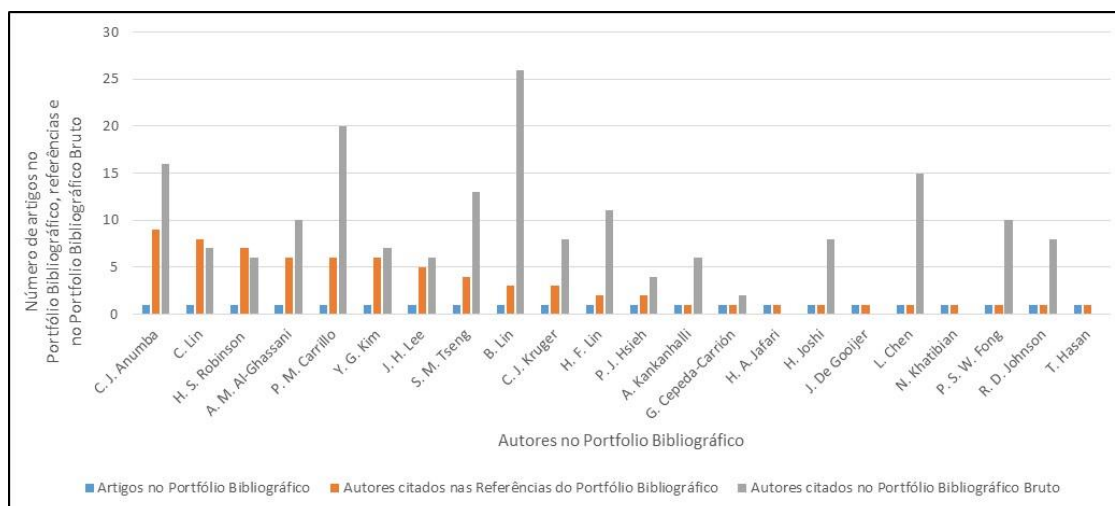
O artigo “KMPI: measuring knowledge management performance” de autoria de Chang, L. K. et al, 2005, destaca-se como artigo mais citado do PB no Google Scholar, totalizando 388 citações. Já os artigos “STEPS: A knowledge management maturity roadmap for corporate sustainability” e “A stage model of organizational knowledge management: A latent content analysis” destacam-se como artigos escritos por autores de destaque nas referências do PB com 7 e 6 citações, respectivamente. A não existência de artigos de destaque do PB com autores de destaque em suas referências, na Figura 22 evidencia que as pesquisas sobre o tema se encontram em estágio inicial.

4.1.3 Autores de destaque no Portfólio Bibliográfico e em suas referências

O terceiro aspecto analisado busca evidenciar os autores mais citados no Portfólio Bibliográfico (PB), em suas referências e nas referências do Portfólio Bibliográfico Bruto (PBB) deste fragmento da literatura. Foi identificado que o PB foi escrito por 48 autores, dos quais, nenhum possui mais de um artigo selecionado no PB. Isso mostra que nenhum possui trajetória no tema de Avaliação de desempenho da Gestão do Conhecimento. Em seguida, analisou-se a mesma informação nas referências citadas pelos artigos do PB e nas referências dos artigos do PBB, que foram consideradas alinhadas. A Figura 23: Autores de destaque em artigos do Portfólio Bibliográfico, em suas referências e no Portfólio Bibliográfico Bruto,

mostra que os autores do PB, foram citados por vários outros autores do PB e do PBB, evidenciando sua presença na área.

Figura 23 – Autores de destaque em artigos do Portfólio Bibliográfico, em suas referências e no Portfólio Bibliográfico Bruto



Fonte: Elaborado pelo autor (2015).

A Figura 23: Autores de destaque em artigos do Portfólio Bibliográfico, em suas referências e no Portfólio Bibliográfico Bruto, evidencia ainda que o Portfólio Bibliográfico Bruto tem homogeneidade com o Portfólio Bibliográfico, mesmo que não respeitando as suas proporcionalidades. Isto indica que os autores do PB não estão restritos à sua área de atuação apenas a este fragmento de tema, mas ainda a temas correlatos. É possível observar que alguns autores não possuem artigos no Portfólio Bruto. Estes autores foram integrados ao banco de autores por meio de artigos selecionados pelo teste de representatividade realizado posteriormente à seleção do PBB. Outro fato interessante é que, apesar dos autores aparecerem apenas uma vez no PB, possuem elevada aparição nas referências. Isto denota que são autores reconhecidos na área.

Chimay J. Anumba figura como autor mais citado nas referências do PB, atingindo 9 citações. Anumba é Ph. D. em Engenharia Civil. Atua nas áreas de pesquisa de Artificial Intelligence/Knowledge-Based Systems/Knowledge Management, Advanced Engineering Informatics, Concurrent Engineering in Construction, Distributed Collaboration and e-Business e Construction. É professor de Architectural Engineering na The Pennsylvania State University/USA e, observando suas publicações, é possível constatar que o autor trabalha preferencialmente em grupo. Possui um total de 6.680 citações no Google Acadêmico e 137 publicações com mais de 10 citações.

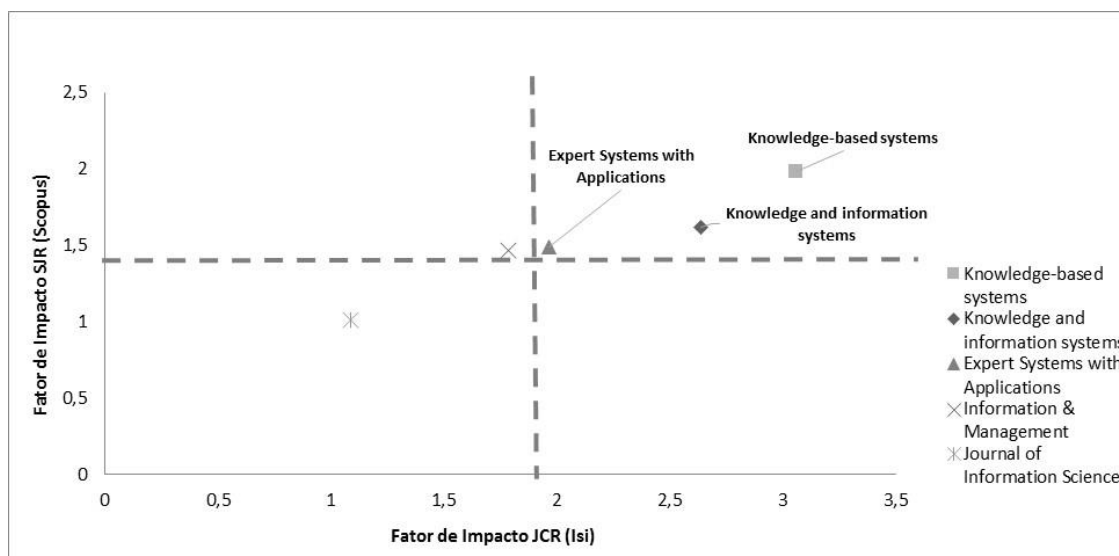
O segundo lugar, conforme número de citações nas referências do PB é ocupado por Chinho Lin com 8 citações. Lin é Vice-Presidente e professor da National Cheng Kung University/Taiwan. Atua em variadas áreas de pesquisa como electric power engineering, power system economic dispatch, power electronics, new energy system, avionics systems, flight control, magnetic suspension system, and recent mobile communication. Observando suas publicações, é possível constatar que o autor trabalha preferencialmente em grupo. Lin já publicou mais de 120 artigos em revistas e mais de 300 artigos em congressos. O autor não possui perfil cadastrado no Google Acadêmico.

O terceiro autor mais citado nas referências do PB é Herbert Robinson. Robinson atua como Regional Adviser and Head of Training Division at United Nations African Institute for Economic Development & Planning/Economic Commission for Africa/UK. Sua experiência industrial inclui grandes projetos de construção em Arup (Reino Unido) e em projetos financiados pelo Banco Mundial em Gâmbia. Seu foco atual de pesquisa está em gestão do conhecimento e melhoria de desempenho de negócios e projetos de infraestrutura financiados pelo setor privado. Observando suas publicações, é possível constatar que o autor trabalha preferencialmente em grupo. O autor não possui perfil cadastrado no Google Acadêmico.

4.1.4 Fator de impacto dos periódicos encontrados

O quarto aspecto analisado procura evidenciar o fator de impacto dos periódicos presentes no PB, observado nas bases Isi e Scopus. A Figura 24: Fator de impacto dos periódicos do PB, mostra a relação dos fatores de impacto observados nas duas bases.

Figura 24 – Fator de impacto dos periódicos do Portfólio Bibliográfico



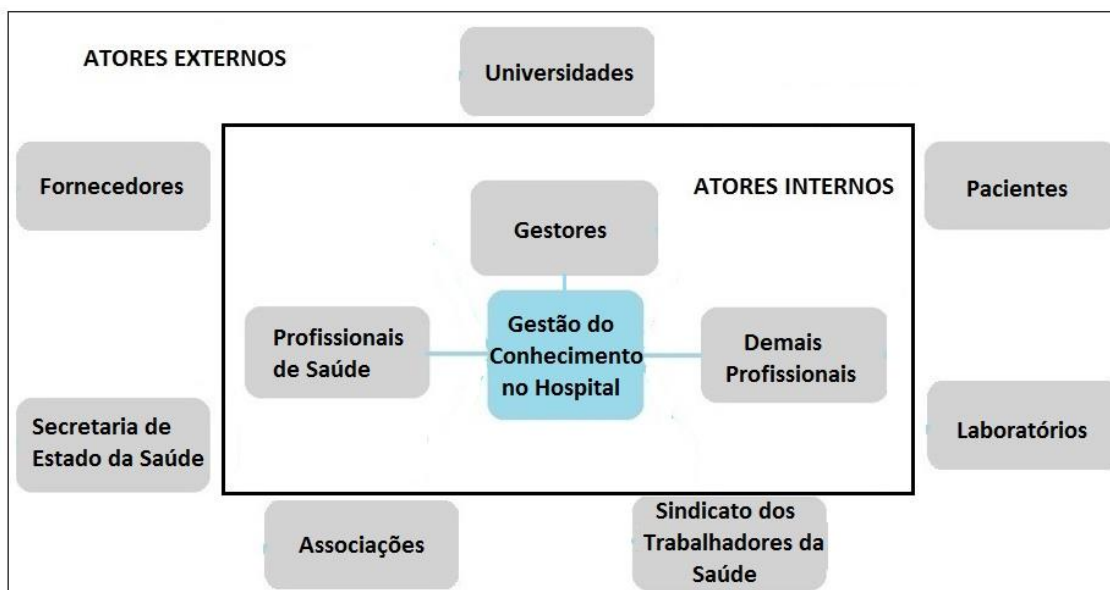
Fonte: Elaborado pelo autor (2015).

A Figura 24, evidencia que os periódicos “Knowledge-based systems”, “Knowledge and information systems” e “Expert Systems with Applications” são os que apresentam Fator de Impacto mais elevado. Os demais 15 periódicos analisados apresentam Fator de impacto menores.

4.2 CARACTERIZAÇÃO DOS ATORES E DOS PROCESSOS DA GESTÃO DO CONHECIMENTO NO HOSPITAL

Os atores envolvidos com a GC no hospital são entendidos considerando a definição de *stakeholders* de Freeman e Reed (1983). Assim, compreendem todas as pessoas ou grupos que de alguma forma afetam a GC e/ou são influenciados por ela. Os atores identificados pelo pesquisador com base nas entrevistas realizadas e na pesquisa documental foram categorizados, conforme a classificação de Stoner e Freeman (1995) em: (i) atores internos e (ii) atores externos, conforme apresentados na Figura 25.

Figura 25 – Os atores envolvidos na Gestão do Conhecimento



Fonte: Elaborado pelo autor (2016).

Os atores internos englobam aqueles que estão diretamente (ambiente interno) relacionados aos processos de GC no hospital. Fazem parte deste grupo os Gestores, Profissionais de Saúde, demais profissionais atuantes na instituição.

- Gestores: de forma geral todos os diretores responsáveis pela gestão dos hospitais. No caso do hospital analisado nesta pesquisa, identificou-se no organograma da Direção: Direção Geral (responsável por todo o hospital); Gerência de Administração (responsável pelos colaboradores e setores administrativos); Gerência Técnica (responsável pelos serviços de natureza técnica oferecidos, incluindo os terceirizados, como por exemplo o Laboratório); Gerência de Enfermagem (responsável pelos enfermeiros e técnicos de enfermagem); Gerência Clínica (responsável pelos médicos).

- Profissionais de saúde: abrange todos os profissionais com formação na área de saúde e prestação de serviços na instituição (médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, farmacêuticos, entre outros);

- Demais profissionais: funcionários dos setores administrativos e profissionais terceirizados (por exemplo, limpeza e segurança);

Os atores externos são representados por indivíduos/entidades que afetam indiretamente (ambiente externo) os processos de GC no hospital. Neste grupo são destacados os pacientes, Universidades, Laboratórios, Fornecedores, Associações, o Sindicato dos trabalhadores da Saúde (Sindsaúde) e a Secretaria de Estado da Saúde (SES), conforme segue.

- Pacientes: indivíduos que se utilizam do serviço prestado.

- Universidades: instituições de ensino e pesquisa destinadas a promover a formação profissional e científica de pessoal de nível superior, e a realizar pesquisa teórica e prática nas principais áreas do saber humanístico, tecnológico e artístico e a divulgação de seus resultados à comunidade científica mais ampla.

- Laboratórios: no contexto da instituição, são empresas que promovem estudos buscando o desenvolvimento e testes de novas drogas para o tratamento de doenças.

- Fornecedores: entidade, pessoa ou setor que fornece insumos ao hospital, sejam estes na forma de produtos ou serviços.

- Associações: organizações resultantes da reunião legal entre duas ou mais pessoas, com ou sem personalidade jurídica, sem fins lucrativos para a realização de um objetivo comum. No caso do hospital, a Associação Amigos do Hospital Regional (AAMHOR) tem como objetivo prestar auxílio aos pacientes durante sua estada no hospital, proporcionando cuidados com a higiene (cortes de cabelo e barba) e provendo materiais de vestuário quando estes não os possuem. Sua verba é proveniente de doações e de arrecadações com o auxílio de órgãos como a Receita Federal.

- Sindicato dos trabalhadores da saúde: representantes das classes dos trabalhadores que exercem um papel fundamental na salvaguarda de seus direitos, buscando melhores condições de trabalho, o que repercute diretamente no hospital, pois em alguns casos pode ocasionar mudanças na política interna adotada pela instituição. No caso do hospital pesquisado, o sindicato denomina-se SindSaúde;

- SES (Secretaria de Estado da Saúde): gestora dos hospitais, a SES é o órgão que centraliza a gestão dos processos de licitação e compra de insumos e equipamentos que permitem o pleno funcionamento da instituição.

Identificou-se que os atores da GC que participaram da pesquisa reconhecem o conhecimento *core* (essencial) do hospital. Este reconhecimento é relevante no contexto da GC (TSENG, 2008; ROBINSON et al., 2006; HSIEH et al., 2009; LEE; KIM, 2001). Os entrevistados reconhecem que o conhecimento *core* encontra-se na própria área de especialidade do hospital, a cardiologia e suas especialidades, conforme observado no relato:

Eu acho que que o carro chefe, além dos atendimentos clínicos, por ser um hospital do SUS e referência no estado, são as cirurgias cardíacas e a Hemodinâmica. Ambos são subespecialidades da área de Cardiologia que é uma especialidade da área de saúde. (Ent.4).

As entrevistas revelaram que este conhecimento diferencia o hospital dos demais, sejam públicos ou privados. A explicação para este diferencial deve-se, em sua maior parte, ao hospital ser referência em cardiologia, ser um hospital-escola e possuir serviço de residência médica na área. O relato a seguir reflete este pensamento:

Nós temos serviço de residência médica e é um dos únicos serviços de residência médica em cardiologia do Estado de Santa Catarina no setor público. Este é um fato que nos diferencia dos demais hospitais, sendo eles públicos ou privados. Públicos, fora de Florianópolis, apenas em Joinville existe cardiologia e no privado ninguém tem residência médica, não existe. A realização de trabalhos científicos na área cardiológica. Nós temos um centro de investigação científica que nos diferencia de outros hospitais. (Ent.10).

Outras áreas também foram destacadas como importantes, atuando como coadjuvantes, no sentido de propiciar melhores condições para que os serviços de saúde sejam desempenhados. Os principais exemplos disto foram as áreas de conhecimentos em Administração e Tecnologia da Informação:

Considero, em primeiro lugar, o conhecimento administrativo porque o hospital não se gera se as pessoas não souberem administrar bem. (Ent.9);

Tem outras áreas que acabam complementando como por exemplo a parte de tecnologia, a parte da informática, são setores chave que necessitam de conhecimento específico para que a instituição funcione de maneira adequada. (Ent.8).

Diante do exposto, é possível relacionar as informações obtidas com os conceitos de competências organizacionais. Hamel e Prahalad (1995, p. 229) definem competências essenciais (*core competence*), como “um conjunto de habilidades e tecnologias que permite a uma empresa oferecer um determinado benefício aos clientes”. De acordo com os autores, uma competência essencial da organização deve: (i) ter valor percebido pelo cliente, ou seja, o benefício deve ser visível aos olhos do cliente e não as nuanças técnicas, proporcionadas pela competência subjacente ao benefício; (ii) mostrar diferenciação entre concorrentes e ser difícil de imitar; (iii) possuir capacidade de expansão, ou seja, possibilitar acesso a diferentes mercados. Estas características, de acordo com os entrevistados, residem principalmente na área de saúde. A especialidade “cardiologia” é um diferencial para unidade que, como referência estadual neste quesito, realiza inúmeros tipos de procedimentos de forma exclusiva na rede estadual de hospitais.

Apesar desta diferenciação em relação aos demais hospitais da rede estadual, a instituição possui áreas coadjuvantes similares aos demais e de suma importância para seu funcionamento. De acordo com Ruas (2008, p. 8), estas competências são classificadas como competências organizacionais básicas e definidas como:

Aquelas competências coletivas que se desdobram em todo o espaço organizacional e que contribuem decisivamente para a sobrevivência da organização. Em todo o segmento produtivo se identificam habilidades e capacidades que constituem uma condição *sine qua non* para que uma empresa qualquer possa nele sobreviver, mas que não são suficientes para gerar diferenciação.

Embora haja o reconhecimento pelos entrevistados do conhecimento *core* e de como o hospital se diferencia dos demais, identificou-se um baixo nível de conhecimento acerca do tema “Gestão do Conhecimento”. Dentre os 11 entrevistados, 5 deles nunca ouviram falar sobre GC e 3 afirmaram saber do que se trata, mas descreveram de forma superficial, conforme ilustram os relatos.

A gente conhece como educação e serviço. (Ent.3);

Acredito que seria criar uma infraestrutura e gerar condições que possam aumentar o conhecimento dentro de cada instituição. (Ent.5);

É como você trabalha o conhecimento adquirido, como você usa ele no dia a dia para que a empresa, no caso o hospital, funcione. (Ent. 9).

Em apenas 3 casos, os participantes conheciam o tema e seus processos, como por exemplo:

Então a questão sobre a gestão do conhecimento é isto, você obter as informações e não especificamente só na tua área de saúde, você compartilhar informações com outros setores e tentar aproveitar disso que você está compartilhando, o que vai ser bom nisto para conduzir o seu setor, seu Hospital, sua instituição. Ela permeia todas as áreas da instituição e todas as áreas acabam se complementando para que o serviço funcione de uma melhor maneira. (Ent.8).

A Gestão do Conhecimento em Saúde é definida como a confluência de metodologias e técnicas formais para facilitar a criação, identificação, aquisição, desenvolvimento, preservação, divulgação e, finalmente, a utilização das várias facetas de um ativo de conhecimento em organizações de saúde (ZIGAN; MACFARLANE; DESOMBRE, 2010; ABIDI, 2001). Diante da análise das entrevistas e do conceito de GC em Saúde, é possível afirmar que não está institucionalizada no hospital, visto que não se identificou formalização de políticas, processos e técnicas. Apesar disto, foi possível identificar a presença de práticas relacionadas a processos da GC.

O processo de aquisição de conhecimento envolve a obtenção e a acumulação de novos conhecimentos, sendo que seu foco principal reside em dois processos: pesquisa e aprendizagem organizacional (WEN, 2009; LIN, 2007). De acordo com os entrevistados, a pesquisa clínica foi citada como uma forma de aquisição do conhecimento, pois envolve a pesquisa, desenvolvimento e testes de novas técnicas e drogas para tratamento das doenças cardiológicas. Também foram citados cursos (*on-line* e presenciais), treinamentos, workshops, congressos, pesquisas e eventos, como por exemplo a “Semana da Enfermagem”. Houve destaque para a participação do Setor de Treinamento da instituição na organização de cursos e eventos, não se limitando apenas ao público interno. Pode-se observar o exposto nos trechos a seguir:

A nível de instituição, aquisição de conhecimentos é a promoção de cursos internos aqui pelo setor de Treinamento. Outra forma de aquisição do conhecimento aqui também é a pesquisa clínica. (Ent.2).

A aquisição ocorre por meio de capacitações, treinamentos, palestras, frequência em workshops e em eventos nas diversas áreas. (Ent.1).

Hsieh, Lin e Lin (2009) definem compartilhamento do conhecimento como o processo pelo qual o conhecimento é transmitido a outros indivíduos. De acordo com os entrevistados,

este compartilhamento ocorre, em sua maior parte, de forma informal entre profissionais de diferentes setores e de diferentes profissões, uma vez que para o pleno atendimento do paciente é necessário haver esta comunicação de forma eficaz. Pode-se perceber isto nos recortes das entrevistas a seguir:

Aqui o trabalho é multiprofissional. Os pacientes são atendidos por diversos funcionários de profissões diferentes e também por profissionais médicos de diferentes especialidades. Em todos os casos, o compartilhamento acontece, da maior forma informal, sem as pessoas perceberem e entre as diversas profissões. (Ent.1);

Entre profissões diferentes a gente começou a compartilhar conhecimento com a visita técnica que ocorre dentro da UTI que são multiprofissionais: enfermagem, médico, fisioterapeuta, agora vamos receber a fonoaudióloga. Nutricionista e técnico de enfermagem também participa. (Ent.7).

Ainda no quesito compartilhamento do conhecimento, destaca-se a presença de compartilhamento com agentes externos, principalmente com universidades, uma vez que a instituição é um hospital-escola, e com outros hospitais. Como um hospital-escola, a instituição recebe estagiários de diversas universidades, como exemplo citam-se os estagiários de medicina da Unisul e de enfermagem da Universidade Estácio de Sá. O relato a seguir ilustra.

É um hospital-escola, com os profissionais médicos, com os enfermeiros e os técnicos de enfermagem das escolas que vêm fazer os estágios dentro do hospital. Esse compartilhamento existe e é forte. O número de alunos aqui dentro é grande. Devido a isso, os servidores estão sempre recebendo o conhecimento por meio destes alunos que trazem novos conhecimentos da academia. (Ent.1).

Quanto ao compartilhamento com outros hospitais, de acordo com os entrevistados, ocorre em grande parte por meio de reuniões formais:

Compartilhamento com outros hospitais existe e um deles é motivado pela Rede de Urgência e Emergência (RUE) que organiza reuniões esporadicamente para discutir pontos positivos e negativos para emergência. Tem o Núcleo de Segurança do Paciente (NUSEP), estadual, onde todos compartilham as informações por meio de seminários anuais, onde se compartilha o conhecimento entre as unidades diferentes. (Ent.6).

De acordo com a percepção dos entrevistados, o processo de criação do conhecimento na instituição se dá, principalmente, pela criação e aprimoramento de rotinas de trabalho, os POP's (Procedimentos Operacionais Padrão). Sua criação e posteriores revisões são motivadas,

principalmente, pela necessidade dos profissionais da instituição que, por meio de reuniões periódicas, revisam e aprimoram as rotinas existentes. Estas práticas vão ao encontro da ideia de que o processo de criação do conhecimento compreende as rotinas de detecção e correção de erros, eliminação do conhecimento obsoleto e criação de novos conhecimentos (GARCÍA-FERNÁNDEZ, 2015). Pode-se observar o exposto nos trechos das entrevistas que seguem:

Existem protocolos de atendimento, tanto na área médica, quanto de enfermagem, que periodicamente tem que ser revisados, para tentar melhorar as rotinas. Quando todos trabalham dentro de uma mesma rotina isso se torna mais fácil e melhora a qualidade do serviço. (Ent.5);

Ocorre a partir das boas práticas, que são as que geram os nossos POP's, geram nossos guias, a forma de fazer. Por exemplo, na enfermagem existe o processo de sistematização da enfermagem que está numa fase de discutir o processo, como ele tem que ser feito, como tem que ser aplicado. Normalmente a criação de conhecimentos aqui vem da prática. A prática faz você recriar, refazer, buscar fundamentação científica para ver se aquela prática não estava errada e verificar se ela se aplica aqui. (Ent.6);

O profissional está com uma dificuldade, a gente precisa melhorar esta rotina de trabalho. Existem reuniões periódicas onde são avaliadas as possíveis mudanças e demandas e fazem as alterações. (Ent.4).

Além dos POP's, foi citada a criação de conhecimento por meio de trabalhos científicos, mas em pequena escala:

[...] os trabalhos científicos que são feitos aqui dentro contribuem [...]. (Ent.3);

A área médica com sua produção, seus trabalhos científicos, o que não é uma produção muito grande. (Ent. 5).

Quanto ao processo de registro (armazenamento) do conhecimento, observou-se junto aos entrevistados que ocorre principalmente de forma eletrônica, por meio da tecnologia da informação. Os POP's são armazenados em um diretório compartilhado na rede de computadores e estão acessíveis a partir de qualquer estação de trabalho. No que tange às informações acerca do paciente, estas são todas armazenadas de forma organizada em seu prontuário eletrônico. Este tipo de armazenamento possibilita um acesso de forma rápida e com alto nível de inteligibilidade pelos profissionais, uma vez que os dizeres estão todos em formato eletrônico, evitando erros oriundos de diferentes caligrafias. O processo de armazenamento do conhecimento visa a utilização do conhecimento pelos trabalhadores no presente e futuro, por meio da criação de uma memória organizacional, a qual possibilita o reuso e a recriação do

conhecimento nestas organizações (ZAIM; TATOGLU; ZAIM, 2007), o que é possibilitado pelo prontuário eletrônico. Observam-se exemplos nos trechos:

Armazenado por meio de uma unidade de compartilhamento em rede como por exemplo os POP's, e os dados relativos ao paciente são armazenados no sistema de informatização, no prontuário eletrônico. (Ent.1);

Os POP's, que estão todos compartilhados na rede. O prontuário eletrônico. (Ent.3).

Também foi citado o registro de conhecimento em papel, porém, apenas como forma de backup (no caso do prontuário de papel) e de necessidade para o cumprimento de normas (caso dos POP's impressos): “Os POP's, além de armazenados eletronicamente, estão todos no papel”. (Ent.3); “Existe também a digitalização dos prontuários, que são armazenados em um depósito na Pedra Branca, em Palhoça”. (Ent.2).

O processo de utilização do conhecimento, que aborda a utilização do conhecimento adquirido, compartilhado, criado e armazenado (GARCÍA-FERNÁNDEZ, 2015; ZAIM; TATOGLU; ZAIM, 2007), dividiu opiniões dos entrevistados. Para 5 deles, os conhecimentos são utilizados praticamente em sua totalidade:

A grande maioria é utilizada. Toda a nossa parte de tratamento com o paciente, os procedimentos de hemodinâmica evoluíram muito, os procedimentos de ambulatório evoluíram muito, são conhecimentos que estão sendo aplicados. Houve toda aplicação de conhecimento em termos de informática que há muito tempo atrás ninguém sabia trabalhar com computador e hoje em dia sabe. Eu acho que evoluiu muito aqui na instituição: técnicas de curativo, técnicas de cuidado, técnicas cirúrgicas. Nós só conseguimos ver essas mudanças a longo prazo, mas os conhecimentos que chegam e que são difundidos, são aproveitados. (Ent.3).

Para outros dois, os conhecimentos são aplicados de acordo com a disponibilidade de recursos na instituição:

O que conseguimos aplicar com quantitativo de pessoal que temos e com os recursos que contamos na instituição é muito tranquilo. Conseguimos implementar mudanças de prática, se temos um mínimo de gente para começar a fazer isto não é problema. O problema é quando queremos criar uma nova demanda sem termos condição de manter essa demanda ou sem criar essa demanda com qualidade. (Ent.8);

Alguns processos conseguimos aplicar porque depende apenas de nós. Outros processos não conseguimos dar andamento porque envolvem outros fatores fora do nosso controle. (Ent.11).

Ainda foram relatados casos em que os novos conhecimentos são aplicados, mas devido à resistência dos funcionários e a falta de cobrança dos chefes, ocorre uma regressão às velhas práticas:

O que foi definido se aplica por um tempo, enquanto é novidade, enquanto tem alguém cobrando e depois regride. (Ent.6).

Tenta-se aplicar os conhecimentos que foram adquiridos, compartilhados e armazenados mas existe uma resistência e quando eles não são cobrados. Eles fazem por um tempo e depois retornam aos vícios anteriores. (Ent.4).

O Quadro 20 ilustra as práticas relacionadas aos processos de GC no hospital pesquisado.

Quadro 20 – Práticas relacionadas aos processos da gestão do conhecimento no hospital pesquisado

Processo	Práticas
Aquisição	Pesquisa Clínica, cursos (<i>on-line</i> e presenciais), treinamentos, workshops, congressos, pesquisas e eventos.
Compartilhamento	Visitas multiprofissionais, hospital-escola (estagiários), reuniões formais.
Criação	Criação e revisão dos POP's, sistematização da enfermagem, reuniões periódicas para sugestão e aplicação de mudanças, trabalhos científicos.
Registro	Armazenamento eletrônico e impressão dos POP's, prontuário eletrônico e digitalização de prontuários.
Utilização	Utilização de acordo com disponibilidade de recursos, necessidade de gestão da resistência às mudanças e falta cobrança das chefias quanto à utilização.

Fonte: Elaborado pelo autor (2016).

Embora a GC não esteja institucionalizada no hospital, a presença de práticas relacionadas aos seus processos denota a importância do conhecimento e da sua gestão no hospital e tem o potencial de contribuir com a futura institucionalização. Entretanto, observa-se que a GC vai além de práticas organizacionais, uma vez que requer um conjunto de capacitadores de diferentes naturezas.

4.3 CRITÉRIOS TEÓRICOS DE AVALIAÇÃO DA GESTÃO DO CONHECIMENTO NO CONTEXTO PESQUISADO

Os critérios de avaliação da estrutura conceitual preliminar, proposta no tópico 2.5, derivam dos capacitadores da GC identificados nos artigos do PB. Os capacitadores englobam aspectos organizacionais que suportam e potencializam a GC (KOUMPOUROS et al., 2006; SANDARS, 2004; BOOTH, 2001). Buscou-se identificar quais critérios desta estrutura são considerados pertinentes para a GC no hospital pesquisado, de acordo com a visão dos participantes da pesquisa. Estes critérios, conforme discutido no tópico 2.5, são nomeados como Áreas de Preocupação. Vale ressaltar que as áreas de preocupação contidas na estrutura conceitual preliminar não foram diretamente questionadas aos entrevistados, visando não os induzir, ou seja, foram identificadas a partir dos relatos dos mesmos sobre os processos da GC no hospital.

A primeira área analisada foi a de **Políticas e Estratégias de Gestão do Conhecimento**. Esta área reflete a preocupação da organização em desenvolver a GC intencionalmente, de forma estruturada e planejada e foi dividida inicialmente em cinco subáreas: (i) conhecimento de GC e das áreas de competência; (ii) planejamento da GC; (iii) papel da GC na estratégia da organização; (iv) GC além da organização; e (v) avaliação da GC.

Apesar de não haver políticas e estratégias de GC definidas no hospital pesquisado, na fala dos entrevistados identificou-se todas as subáreas de preocupação integrantes da estrutura conceitual preliminar, porém, nem todos os temas relacionados a estas subáreas.

Quanto à subárea (i) conhecimento de GC e das áreas de competência, identificou-se 12 referências em 10 das 11 entrevistas realizadas. Foram observadas referências acerca do nível de conhecimento sobre GC na organização e do reconhecimento do conhecimento core e/ou áreas de competência core da organização. Quanto ao primeiro, observou-se um nível de conhecimento superficial do tema gestão do conhecimento. Já no segundo, ficou claro que a área de conhecimento core, de acordo com os entrevistados, é a área de conhecimentos em saúde, conforme ilustram os trechos a seguir:

Acredito que seria criar uma infraestrutura e gerar condições que possam aumentar o conhecimento dentro de cada instituição. (Ent.5).

Não conhecia, mas fui atrás de algumas coisas, li sobre e entendo do que a gente está falando. A gente conhece como educação e serviço. (Ent.3).

Área-chave é o atendimento médico cardiológico. É a área ao que se destina o Instituto de Cardiologia, ao atendimento médico cardiológico. Esta área chave do Instituto está dentro da área de conhecimentos em saúde e especificamente na área de conhecimento em cardiologia. (Ent. 10).

A subárea (ii) planejamento da GC foi referenciada 16 vezes e por 7 entrevistados. As referências observadas contemplam a necessidade de se estabelecer princípios, objetivos e estratégias de GC e formalizar os processos da GC. De acordo com os atores, faltam políticas de incentivo à GC, deixando grande parte da motivação a cargo do próprio do indivíduo. Quanto à necessidade da implantação de estratégias de GC, o rodízio de funcionários entre os setores foi citado como uma forma para nivelar o conhecimento destes e alavancar a inovação. Observou-se ainda a presença de processos formalizados, nomeados POP's (Procedimentos Operacionais Padrão) e a necessidade de ampliação desta formalização para outros processos da instituição. Exemplos destas afirmações podem ser observados em sequência:

Aqui na instituição a gente não é muito incentivada e isso é algo que dificulta um pouco. Você depende do seu interesse. Não existe uma política “Vamos para o congresso”. (Ent.8).

Uma sugestão para melhorar seria que houvesse rodízio entre os setores pois, se os funcionários passassem por todos os setores, aprenderiam a rotina de todos e poderiam contribuir e inovar uns com os outros. (Ent. 2).

Uma sugestão seria aumentar a padronização e a formalização dos processos. Os processos devem ser mais escritos e mais detalhados, para que as pessoas possam visualizar e sugerir melhorias, assim como ocorre hoje com os POP's. (Ent.1).

Na próxima subárea, nomeada (iii) papel da GC na estratégia da organização, observou-se 3 referências quanto aos temas amplitude organizacional da GC, definição de papéis na GC e alocação de recursos para GC. A análise das entrevistas permitiu o vislumbre da falta de integração entre os diferentes profissionais. De acordo com os entrevistados, existe uma iniciativa implantada em um dos setores que deveria ser ampliada para os demais. Esta é chamada de visita multiprofissional. Ainda de forma geral, os entrevistados apontaram a necessidade do investimento em pessoas chaves e capacitadas para o desenvolvimento das atividades da GC. Este foco no desenvolvimento das capacidades de um grupo de funcionários para assumir funções relacionadas à GC é um exemplo de definição de papéis da GC. Quanto ao tema alocação de recursos para GC, este foi citado por conta da dificuldade na promoção de subsídios para a capacitação dos funcionários. Os temas descritos são melhor detalhados nos trechos que seguem:

A falta de uma maior integração entre os diferentes profissionais. Isto precisaria ser melhor trabalhado. Começou com a visita multiprofissional na Coronária e teria que ampliar para os outros setores do hospital para ter essa maior integração entre profissionais. (Ent. 5).

Também é preciso ter uma estrutura organizada, de pessoas capacitadas para isso. De repente investir mais nessas pessoas chaves para poder disseminar isso para o grupo [...] porque não é qualquer um tem esse poder, essa facilidade de poder passar, de querer contribuir, mas para isso necessita de um motivo, de um incentivo por parte da gestão da Secretaria da Saúde, para dar mais suporte para que isso aconteça com as pessoas chaves. (Ent. 7).

Dentre muitos dificultadores, o principal é o financeiro. Tem classes de profissionais aqui que tem mais facilidade, mais ajuda, por isso eles participam muito mais de eventos e fazem muito mais treinamentos do que outras classes de servidores, visto que estes outros não tem tanta ajuda financeira. (Ent. 1).

A próxima subárea mapeada foi a (iv) GC além da organização. Suas 18 referências em 10 das 11 entrevistas ilustram os temas “Engajamento dos stakeholders na GC” e “Alianças de conhecimento com fornecedores, clientes e outros stakeholders”. Foram mencionadas parcerias com universidades e laboratórios de pesquisa, compartilhamento de conhecimento com outros hospitais, com a Sociedade Catarinense de Cardiologia e com a Secretaria de Saúde de Santa Catarina. A presença da AAMHOR (Associação Amigos do Hospital Regional e do Instituto de Cardiologia) também foi mencionada. Nos trechos das entrevistas que seguem, podemos observar estes temas de forma mais detalhada:

Podemos colocar que existe troca de conhecimento nos estágios dos acadêmicos de medicina, enfermagem. Eles trazem conhecimentos novos adquiridos em sala de aula e nós contribuimos com nossas experiências na prática. Nessa parte também entre a pesquisa clínica, que trata de compartilhamento com entidades externas, que seriam os laboratórios patrocinadores. Eles fazem um projeto e nós aplicamos o projeto. Nós somos coletores de dados. A pesquisa é feita aqui e os resultados são devolvidos para que eles deem continuidade em seus estudos com medicações. (Ent. 2).

O Hospital sempre teve uma relação próxima com a Sociedade Catarinense de Cardiologia, também ajudando em algumas ações da sociedade para que possa ter essa divulgação do conhecimento para o público leigo também, que é um papel muito importante [...]. Existem alguns processos também na instituição que muitas vezes são compartilhados com outras instituições, por exemplo, um processo recente desenvolvido aqui no hospital é o caso da gestão de leitos. A forma com que foi realizado aqui no hospital já foi compartilhada com outras instituições inclusive com a Secretaria de Saúde. (Ent.5).

O Hospital recebe alunos de maneiras diversas: Estagiários da Universidade Federal, programa Jovem Aprendiz... então a instituição é aberta para isso. (Ent.8).

Temos equipes formadas em função da sistematização da assistência em conjunto com outros hospitais. Temos reuniões mensais por meio do NUSEP da instituição com o das demais instituições. Temos também o serviço voluntário AAMHOR que acaba nos ajudando. (Ent. 11).

A subárea (v) avaliação da GC foi citada por apenas uma entrevistada que realiza práticas isoladas de avaliação da qualidade do setor que gerencia, por meio de *checklists* que resultam em indicadores de qualidade. A entrevistada sugere a adoção de indicadores de avaliação para toda a instituição:

[...]A partir da nossa dificuldade, a gente acaba criando uma forma de melhor mensurar o que está sendo feito.[...] Um exemplo: a gente tem um *checklist* de controle de qualidade, então a gente acaba mensurando a qualidade existente através de um *checklist* diário e no final, a gente gera um relatório e isso acaba sendo um indicador para a gente trabalhar. [...] Uma outra sugestão seria o hospital todo trabalhar com indicadores porque se tu tens como mensurar a tua qualidade, o teu conhecimento dentro da instituição, tu consegues saber onde tem que melhorar. (Ent.11).

A área de preocupação **Cultura Organizacional** é representada por meio dos valores e práticas organizacionais relacionados ao conhecimento. Conforme descrito por Ferreira e Asmar (2008), os valores e práticas organizacionais representam as diferentes formas de manifestação da cultura organizacional e de seus elementos e foram analisadas seguindo esta divisão. A presente área de preocupação caracterizou-se como a de maior proeminência perante as analisadas, totalizando 119 referências a temas a ela relacionados.

A subárea (i) valores teve 36 referências em 9 entrevistas. Estas referências relacionam-se aos valores de inovação, humanização e cooperação entre os profissionais. Aborda-se a importância da criação de conhecimento e inovação, porém, alguns relatos mostram que estas ocorrem em momentos de necessidade e não como resultante de uma atitude proativa. A união de diferentes profissionais para discussão de casos de pacientes e adoção de novas práticas profissionais, denotam questões relacionadas a cooperação. A Humanização envolve a valorização de um ambiente de confiança motivador e agradável sendo que estas características foram percebidas nas entrevistas de forma indireta e fortemente atreladas à cooperação. Um exemplo observado foi cooperação entre os funcionários para a correção de erros e sua

preocupação em ensinar ao colega a maneira certa e a justificativa para que seja a certa. Exemplos do exposto podem ser visualizados nos trechos que seguem:

A inovação ocorre pela necessidade implícita naquele momento, onde as pessoas concluem que não dá mais, que tem que fazer outra coisa, então as pessoas vão pensando, criando e sugerindo. (Ent. 9).

Os protocolos internos são revisados a cada dois anos e criado de acordo com a necessidade do serviço, dentro da nossa realidade. (Ent. 7)

Uma coisa que facilita bastante o conhecimento em determinadas áreas é quando os profissionais se unem para discutir sobre determinados casos de pacientes, assim como temos agora a visita multiprofissional dentro da UTI, que é composta por um enfermeiro, por um técnico de enfermagem, por um nutricionista e um fisioterapeuta. (Ent. 4).

A falta de uma maior integração entre os diferentes profissionais. Isto precisaria ser melhor trabalhado. Começou com a visita multiprofissional na Coronária e teria que ampliar para os outros setores do hospital para ter essa maior integração entre profissionais. (Ent. 5).

Em um procedimento no paciente, o funcionário te pergunta porque determinada coisa é realizada desta forma e você já explicar e orientar, porque tem momentos em que a gente não consegue compartilhar esses conhecimentos por determinadas situações, mas também, neste momento, quando você consegue explicar é um facilitador. (Ent. 4).

Quanto à subárea (ii) práticas, esta foi a mais referenciada pelos entrevistados, totalizando 83 referências e estando presente em todas as 11 entrevistas. Suas referências dizem respeito ao relacionamento interpessoal e em sua maior parte a sistemas de incentivo/recompensa e de educação/treinamento. De forma geral, observou-se políticas de promoção do relacionamento interpessoal por meio de práticas setoriais e a nível organizacional, como por exemplo em festas de encerramento do ano feitas na sede da associação do hospital. Outro fator levantado foi a falta de incentivos para a promoção da GC, sendo citados incentivos financeiros e de ordem motivacional, como notificações na ficha funcional. Já o tema educação/treinamento apresentou divergências entre os entrevistados, uma vez que para alguns é necessário melhorar a quantidade e a qualidade dos cursos oferecidos e, para outros, o número e a qualidade são satisfatórios. Exemplos detalhados podem ser observados em sequência:

Nas unidades tem os cursos e tem um incentivo dos enfermeiros para com a equipe e os próprios colegas. (Ent.7).

Em diversos setores da instituição os aniversariantes do mês chamam seus colegas para comemorar e conversar. Existem também eventos oficiais, como a “Semana da Enfermagem”, em que são realizadas diversas dinâmicas de grupos para promover um estreitamento nos laços de amizade entre os profissionais e festas de encerramento de ano (Ent.8).

Aqui na instituição a gente não é muito incentivada e isso é algo que dificulta um pouco. Você depende do seu interesse. Não existe uma política “Vamos para o congresso”. Mas, agora na área da enfermagem mudou um pouco. Principalmente nessa questão da especialização, do mestrado e doutorado, as pessoas que tem feito estas formações a gerência tem visto com outros olhos. Para congressos e, pensando na área médica, no fim a gente não vê, mas eles fazem a liberação só que não existe incentivo para que isto aconteça com todas as especialidades. Isto vai muito do interesse pessoal. Se a pessoa já tem o interesse em querer manter, a Direção não se opõe, mas quem não tem interesse acaba ficando assim mesmo. (Ent.8).

Acho que para gerar conhecimento, teria que dar algum estímulo para fazer com que o funcionário faça trabalhos aqui no hospital, faça pesquisa. O tipo de incentivo que vai se dar eu não sei, mas se pelo menos ele ganhasse uma notificação na ficha funcional por bom exemplo, talvez ajudaria, porque eu sei que não se pode dar incentivo financeiro, dar promoção, não dá para dar nada disso, mas de alguma forma incentivar a pesquisa, não só no nível superior, mas no nível médio também. (Ent.3).

Uma melhoria nos programas de educação médica e paramédica, administrativa, enfim, de todas as áreas do hospital que nem todas são realizadas aqui dentro. Algumas são realizadas fora, na Secretaria de Saúde, etc. (Ent.10).

A quantidade de cursos que é oferecido seria um dos facilitadores. Quando existe algum curso que queremos fazer e este não foi mandado pela Secretaria de Saúde, conseguimos liberação, desde que tenhamos alguém para trabalhar em nosso lugar. (Ent. 11).

A próxima área de preocupação analisada foi a de **Estrutura e Liderança Organizacional** que abrange (i) estrutura organizacional; e (ii) liderança. A primeira subárea envolve o desenvolvimento e a sustentação de uma estrutura organizacional propícia à GC, enquanto a segunda engloba aspectos relativos à Liderança Organizacional.

A subárea (i) estrutura organizacional foi abordada nas 11 entrevistas, totalizando 30 referências. Dentre estas, identificou-se questões referentes às tipologias de estrutura organizacional, aos canais de comunicação contidos na instituição e a definição dos papéis e responsabilidades. De forma geral, os entrevistados ressaltam que a natureza do trabalho na instituição remete a uma estrutura hospitalar menos hierarquizada, com multiprofissionais (funcionários com diferentes especialidades e papéis definidos) atuando juntos para a promoção da saúde dos pacientes. Esta, propicia uma maior facilidade na comunicação entre os

profissionais, principalmente a de natureza informal, destacada pelos atores como presente no dia-a-dia do hospital.

A estrutura é bem favorável. Falando da emergência que permite isso, estamos todos próximos [...]e podemos estar no momento em local, mas ao mesmo tempo estamos dentro da emergência então ninguém se ausenta para nada. Espaço permite um compartilhamento não formal, um compartilhamento informal. Esta é uma das coisas que facilita e também a possibilidade de termos diferentes profissionais, médicos, enfermeiros, nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos e farmacêuticos. Assim como isso se aplica à Emergência, o mesmo se faz para o hospital como um todo. (Ent.6).

Aqui o trabalho é multiprofissional. Os pacientes são atendidos por diversos funcionários de profissões diferentes e também por profissionais médicos de diferentes especialidades. Em todos os casos, o compartilhamento acontece da maior forma informal, sem as pessoas perceberem e entre as diversas profissões. (Ent.1).

Entre as diferentes categorias de profissões, eu acho que poderia ser melhor. Poderia ter um pouco mais de discussão formal, porque a informal, por meio de uma frase ou outra existe, mas a formal vai produzir mais conhecimento. Uma coisa que poderia ser feita aqui seriam as visitas multiprofissionais, discutindo casos de pacientes. Essa comunicação entre diferentes profissões se dá de forma verbal e um pouco pelos protocolos médicos. (Ent.6).

Já a subárea (ii) liderança, foi referenciada 11 vezes em 7 entrevistas. Observou-se que as referências englobam o suporte, comprometimento e participação na GC, uma vez que existe a preocupação, por parte dos gestores e chefes de setores, em mapear os dificultadores e buscar soluções para alavancar a GC na instituição. Uma das soluções sugeridas pelos atores foi o investimento em profissionais chave, com perfil de liderança, para gerenciar as equipes. Na instituição existe um exemplo disto: os funcionários do NUSEP prestam serviços de auxílio aos setores assistenciais do hospital. De acordo com os entrevistados, uma das suas funções delegadas a este setor é a de coletar e gerenciar os problemas encontrados, propondo formas de resolução às chefias. Exemplos destes casos podem ser observados nos recortes que seguem.

Temos que achar caminhos para [...] que possamos identificar onde são os gargalos e atuar nestes gargalos, que são pontos críticos e que, muitas vezes passam despercebidos porque falta uma voz para chamar a sua atenção, um líder, para fazer com que isso venha para a ordem do dia. (Ent.1).

Também é preciso ter uma estrutura organizada, de pessoas capacitadas para isso.... De repente investir mais nessas pessoas chaves para poder disseminar isso para o grupo porque não é qualquer um tem esse poder, essa facilidade de poder passar, de querer contribuir, mas para isso necessita de motivo, de um incentivo por parte da gestão da Secretaria da Saúde, para dar mais suporte

para que isso aconteça com as pessoas chaves. Eu tenho um exemplo de uma enfermeira que trabalhava na coronária que, no momento em que as coisas se acalmavam lá e ela tinha o conhecimento de determinado assunto, ela dizia: “gente, vamos sentar aqui, vamos discutir sobre esse antimicrobiano aqui, sobre esse isolamento [...]. Temos pessoas com bastante facilidade de chegar na equipe e conversar, apesar de ter bastante resistência também, então a facilidade é o jeito que tu vais falar com a equipe. (Ent.10).

A gente acaba conseguindo muitas coisas porque temos pessoas boas nas pontas. Então a troca de informação acaba sendo melhor e a gente acaba gerindo melhor esse conhecimento. Então facilitadores seriam os gestores... (Ent.11).

Acho que melhorou depois que as meninas do NUSEP começaram a trabalhar, porque elas fazem reunião com as chefias para levantar os problemas de setores, elaboram um documento para as chefias, que passam para seus funcionários e os instruem para tentar resolver os problemas. (Ent.3).

No que tange à área de preocupação **Tecnologia da Informação**, esta foi seccionada em (i) qualidade da TI; e (ii) qualidade do conhecimento. A primeira subárea, responsável pela integração da TI para GC com os processos de negócios, integração das aplicações aos objetivos, estratégias e processos de GC e aspectos relacionados à usabilidade em TI foi referenciada 33 vezes em 10 das 11 entrevistas. Dentre os principais trechos destacados pelos entrevistados estão o armazenamento e compartilhamento dos protocolos na instituição e das informações dos pacientes no prontuário eletrônico. Quanto à usabilidade em TI, aspectos como o acesso facilitado aos computadores e à internet foram elencados. Os trechos abaixo detalham estes aspectos:

Nós usamos muito a Informática, quando falamos de protocolos, temos eles armazenados eletronicamente. Existem impressos, como os protocolos impressos, onde o profissional pode tirar dúvidas. Temos o prontuário no sistema, onde conseguimos ver os exames, evoluções, médicas, multiprofissionais, prescrições e todo conhecimento referente ao paciente. Este é o prontuário eletrônico. (Ent.4).

Todas as informações que temos compartilhadas hoje são pelo sistema de informatização. Temos determinados serviços que disponibilizam as informações que são necessárias para fazer o meu serviço. Esta rede permite fazer este tipo de compartilhamento. Isto é algo que temos e que facilita muito. (Ent.6).

O registro atualmente é todo no computador e alguns exames armazenados em CD. Os dados acerca do paciente são registrados no prontuário eletrônico do paciente, contido no sistema de informatização do hospital. (Ent.9).

Temos acesso facilitado a computadores com internet e não se vê muitos funcionários buscando adquirir conhecimento. Temos internet disponível em todos computadores e computadores em número suficiente para que as pessoas

se informem, aprendam e tenham base para criar novos/aprimorar os conhecimentos. (Ent.2).

Já a segunda subárea (ii) qualidade do conhecimento, trata da qualidade do conhecimento disponibilizado por meio da TI abrangendo aspectos referentes à sua atualização, compreensão e disponibilidade. Esta subárea foi referenciada 31 vezes e esteve presente em todas as entrevistas, sendo o principal foco das referências, um alto nível de compreensão e disponibilidade do conhecimento na instituição por meio da utilização de ferramentas TI, como o prontuário eletrônico. Além desta, são citados aspectos referentes a atualização de conhecimentos que ocorrem, em sua maior parte, conforme a necessidade da instituição. Em sequência são apresentados exemplos detalhados quanto ao exposto:

Muito melhor acessar em alguns minutos o prontuário eletrônico do paciente, ver toda a história dele e decidir o que você vai fazer do que você ter que procurar no de papel onde estão as coisas... O tempo é precioso e com isso ganhamos muito tempo. (Ent.9).

A disposição que os funcionários têm para fazer o armazenamento dos dados, uma vez que entendem os benefícios futuros disso, como as rápidas consultas aos dados. A atualização dos POP's deveria ser frequente e rotineira para ir colocando todas essas mudanças que estão havendo, essas tecnologias e os novos atos. Além disso, os bancos de dados dos sistemas de informatização deveriam ser integrados e online, pois muitas vezes o paciente é transferido entre os hospitais e não se tem acesso às informações contidas no prontuário eletrônico do hospital de onde ele veio. (Ent.1).

Existem protocolos de atendimento, tanto na área médica, quanto de enfermagem, que periodicamente tem que ser revisados, para tentar melhorar as rotinas. Quando todos trabalham dentro de uma mesma rotina isso se torna mais fácil e melhora a qualidade do serviço. Estes processos são revisados periodicamente. (Ent.5).

Acho que essa facilidade de você poder ter todas informações ali de maneira eletrônica, isso é uma coisa boa. Você consegue resgatar se tem alguma intercorrência com paciente no meio da papelada você demora encontrar. (Ent.8).

A última área de preocupação da estrutura conceitual preliminar é a área **Pessoas**, cujos critérios se relacionam diretamente ao próprio trabalhador da instituição. Esta área foi dividida em 3 subáreas: (i) conhecimento sobre GC; (ii) comprometimento com a GC; e (iii) uso de ferramentas de GC. A primeira, (i) conhecimento sobre GC, engloba conhecimento de políticas, estratégias, objetivos e processos de GC na organização. A subárea foi referenciada 7 vezes por

7 entrevistados, trazendo em suas referências os conhecimentos dos entrevistados acerca dos processos e capacitadores da GC:

O que sei é que gestão do conhecimento é você ter acesso à informação e planejar a maneira com que esta informação pode... Então a questão sobre a gestão do conhecimento é isto, você obter as informações e não especificamente só na tua área de saúde você, compartilhar informações com outros setores e tentar aproveitar disso que você está compartilhando, o que vai ser bom nisto para conduzir o seu setor, seu Hospital, sua instituição. Ela permeia todas as áreas da instituição e todas as áreas acaba se complementando para que o serviço funcione de uma melhor maneira. (Ent.8).

Na outra empresa em que eu trabalho, a gente trabalha com a gestão do conhecimento, mas é na área de educação, então a gente interage no conhecimento da educação, então as boas práticas, a gente então faz esse compartilhamento através de redes, através da comunicação verbal entre as pessoas... A gente tem uma empresa que é uma empresa nacional, que tem várias unidades, então a gente tem que fazer essa gestão do conhecimento através da rede. Você posta, trabalhando na rede, interagindo com outras pessoas, colocando as suas experiências práticas que podem servir para outros. (Ent.6).

Para mim a gestão do conhecimento é uma forma uma gestão que tu adquire conhecimentos através de diversas formas. Através de cursos, através de trocas de experiência, através de troca de setores, troca de chefias, gestão participativa entre os funcionários, gestores e os próprios médicos, que também fazem parte do trabalho em si e também, através de instrumentos que fazem com que a gestão seja mais facilitada, onde você consegue medir através de indicadores e através de check-lists que fornecem controle sobre a gestão. (Ent.11).

A segunda, (ii) comprometimento com a GC reúne aspectos relacionados à motivação dos funcionários para a GC e a sua participação em atividades e processos de GC. A subárea foi referenciada 50 vezes por 10 entrevistados, sendo os aspectos relacionados à motivação destacados em todas as 10 entrevistas:

Passa por uma motivação do grupo. Estimular as pessoas para que procurem constantemente adquirir conhecimento, independentemente de sua profissão[...]. Temos que achar caminhos para motivar o coletivo, para que essa disseminação de conhecimento que existe aqui dentro, de maneira informal, tenha uma sequência mais efetiva e mais pragmática. (Ent.1).

Outro dificultador é a falta de interesse, por parte dos funcionários, em adquirir conhecimentos. Temos acesso facilitado a computadores com internet e não se vê muitos funcionários buscando adquirir conhecimento. (Ent.2).

Acho que falta muito é à vontade própria, vontade própria e envolvimento. Falta um pouco de aspiração do pessoal para poder crescer, para poder também criar conhecimento, também divulgar conhecimento, falta um pouco

de envolvimento. As pessoas são estimuladas, mas elas não têm aspiração de chegar um dia em outro lugar, de sair daquele ponto e chegar em outro, de ser uma vez também a produtora do conhecimento, de galgar alguma coisa a mais. (Ent.6).

A terceira, (iii) uso de ferramentas de GC, aborda características relacionadas ao nível de utilização das ferramentas de GC disponíveis e a efetiva habilidade em seu uso. A subárea foi referenciada 11 vezes por 8 entrevistados e teve como principal destaque as dificuldades/facilidades dos profissionais para com as ferramentas de TI disponíveis.

Dificuldades, por parte dos profissionais, em lidar com os computadores. (Ent.2).

As vezes tem profissionais que não sabem manusear o sistema de forma completa. As vezes não sabemos tudo que o sistema pode nos fornecer. (Ent.4).

Eles vão desde o conhecimento parcial de informática de grande parte do corpo funcional do hospital. Ainda existe muita reação por parte de alguns membros do corpo funcional a adotar as medidas que facilitariam isso, então a gente precisava corrigir essas coisas para ter um melhor aproveitamento disso. (Ent.10).

Sugiro que o funcionário, quando ele entre na instituição, tivesse um treinamento antes de chegar ao paciente. Um treinamento de como mexer no computador. (Ent.11).

As pessoas estão tendo mais facilidade de aceitar a tecnologia do conhecimento, de gerenciar essas coisas para facilitar a dinâmica do hospital. (Ent.9).

Um facilitador seria que já está tudo pronto ali, que já é uma ferramenta que eles utilizam no dia-a-dia e daqui para a frente, eu penso que isto só vai mais crescer. A partir do momento que a cultura for mudada ela será um facilitador. (Ent.7).

As informações apresentadas mostram que as áreas e subáreas de preocupação da estrutura conceitual preliminar aparecem, na sua maioria, na fala dos entrevistados, o que denota sua pertinência ao contexto pesquisado. Ao mesmo tempo, corrobora a ideia de que os aspectos organizacionais que suportam e potencializam a GC, no caso das organizações de saúde, não são muito diferentes dos identificados nos demais tipos de organização (KOUMPOUROS et al., 2006; SANDARS, 2004; BOOTH, 2001). Os referidos autores afirmam que a GC nas organizações de saúde não irá prosperar, enquanto fatores como a liderança, cultura, práticas de gestão de recursos humanos e infraestrutura de TI funcionem de forma inadequada, assim como ocorre em organizações de outras naturezas.

A estrutura conceitual preliminar foi submetida à apreciação dos gestores do hospital estudado, por meio de um grupo de foco, onde se identificou a necessidade de adequações em alguns aspectos, visando uma maior aproximação ao contexto hospitalar.

4.4 ESTRUTURAÇÃO DOS CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO DA GESTÃO DO CONHECIMENTO NO HOSPITAL E PROPOSIÇÃO DE INDICADORES

O presente tópico foi subdividido em duas etapas: (i) refinamento da estrutura conceitual de acordo com as necessidades do hospital e (ii) proposição de exemplos de possíveis indicadores para a avaliação da GC no hospital.

A etapa (i) refinamento da estrutura conceitual de acordo com as necessidades do hospital, envolveu alguns ajustes na estrutura conceitual preliminar, identificados a partir das técnicas de coleta de dados utilizadas, com mais enfoque nos aspectos relacionados à estrutura organizacional, liderança e gestão de pessoas. Foram ainda necessárias adequações de algumas palavras e termos visando alinhá-los à “linguagem” pertinente à saúde.

A área de preocupação **Estrutura e Liderança** envolvia subáreas e temas distintos, necessitando ser subdividida em duas áreas de preocupação. A primeira foi nomeada **Estrutura Organizacional** e a segunda, **Liderança**. Os Quadros 21 e 22 apresentam estas áreas e seus autores de suporte.

Quadro 21 – Área de preocupação Estrutura Organizacional e autores de suporte

ÁREA DE PREOCUPAÇÃO	SUB-ÁREA DE PREOCUPAÇÃO	TEMAS	AUTORES DE SUPORTE
ESTRUTURA ORGANIZACIONAL	ESTRUTURAÇÃO E FORMALIZAÇÃO	Grau de estruturação e formalização	Khatibian et al (2010); Zaim et al (2007); Lee e Kim (2001); Cegarra-Navarro e Cepeda-Carrión (2010); Tseng (2008); Oliva (2014).
	ATRIBUIÇÕES	Definição de papéis e responsabilidades	
	TIPOLOGIA	Tipologias de estrutura organizacional	
	CANAIS DE COMUNICAÇÃO	Canais de comunicação intra e inter organizacional	

Fonte: Elaborado pelo autor (2016).

Quadro 22 – Área de preocupação Liderança e seus autores de suporte

ÁREA DE PREOCUPAÇÃO	SUB-ÁREA DE PREOCUPAÇÃO	TEMAS	AUTORES DE SUPORTE
LIDERANÇA	ESTILO	Estilo de liderança	Zaim et al (2007); Lee e Kim (2001); de Gooijer (2000); Lin (2007); Khatibian et al. (2010); Chawla e Joshi (2010); Cegarra-Navarro e Cepeda-Carrión (2010); Hsieh et al. (2009); Oliva (2014); Tseng (2008); García-Fernández (2015).
	ENVOLVIMENTO COM A GC	Suporte para a GC Comprometimento com a GC Participação na GC	

Fonte: Elaborado pelo autor (2016).

Além desta divisão, chegou-se a um consenso de que algumas sub-áreas incorporadas à área de preocupação denominada **Pessoas** já estavam e/ou poderiam ser contemplados em outras áreas. Este era o caso da subárea Conhecimento sobre a GC que já estava contemplada na área de Políticas e Estratégias de Gestão do Conhecimento por meio da subárea Conhecimento de GC e das Áreas de Competência. A subárea Uso de Ferramentas de GC foi integrada à área de preocupação Tecnologia da Informação, uma vez que os temas desta subárea se relacionavam à TI. A subárea Comprometimento com a GC foi removida da estrutura, uma vez que sua subárea e seus temas estão contemplados na área de preocupação Liderança, subárea Suporte, Comprometimento e Participação na GC. O Quadro 23 ilustra a nova distribuição da área de Tecnologia da Informação mencionadas.

Quadro 23 – Área de preocupação Tecnologia da Informação e seus autores de suporte

ÁREA DE PREOCUPAÇÃO	SUB-ÁREA DE PREOCUPAÇÃO	TEMAS	AUTORES DE SUPORTE
TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO	QUALIDADE DA TI	Integração da TI para GC com processos de negócios Integração das aplicações aos objetivos, estratégias e processos de GC Usabilidade em TI	Pee e Kankanhalli (2009); Oztemel e Arslankaya (2012); Oliva (2014); Cegarra-Navarro e Cepeda-Carrión (2010); Khatibian et al. (2010); Zaim et al (2007); Lin (2007); Lee e Kim (2001); de Gooijer (2000); Chen e Fong (2012); Hsieh et al. (2009); García-Fernández (2015); Lee et al. (2005); Fan et al (2009); Tseng (2008).
	QUALIDADE DO CONHECIMENTO	Atualização Compreensão Disponibilidade	Hsieh et al. (2009); Khatibian et al. (2010); Wen (2009).
	USO DA TI	Uso de ferramentas e aplicações de GC disponíveis Resistência e habilidade no uso da TI	Tseng (2008).

Fonte: Elaborado pelo autor (2016).

A última modificação identificada foi a necessidade de criação de uma nova área de preocupação para retratar as características do hospital, no que tange à gestão de pessoas. Esta nova área, nomeada **Gestão de Pessoas**, foi composta pelas subáreas (i) alocação de pessoal e (ii) tempo de dedicação dos profissionais ao hospital. Depoimentos como os apresentados a seguir denotam a necessidade de preocupação com esta área visando capacitar a Gestão do Conhecimento.

Acho que um dificultador é a falta de Enfermeiros no Ambulatório, porque estamos trabalhando apenas com três enfermeiros, sendo que 1 é a chefia e dois são enfermeiros assistenciais[...]. Esta falta de enfermeiros também se aplica para o hospital como um todo. (Ent.2).

Outro facilitador é que, por ser um serviço público, não existe uma rotatividade muito grande dos funcionários e os conhecimentos adquiridos geralmente são repassados aos novos funcionários. Imagino que na iniciativa privada isso seja um problema onde, por questões de mercado, deve existir mais rotatividade dos funcionários e, muitas vezes, estes funcionários que saem acabam levando os conhecimentos adquiridos sem ter tido tempo suficiente repassá-los aos colegas. (Ent.1).

Pensando na parte da assistência eles podem ter alguns equipamentos e algumas atividades que eles conseguem planejar de uma melhor maneira do que nós por ser uma instituição privada. Eles têm um quantitativo maior de RH e eles têm maneiras de fazer o fluxo de gestão de pessoas rodar mais rápido, o que é uma limitação para nós. Conseguem direcionar o profissional de acordo com perfil e aqui não temos esta flexibilidade para estar direcionando porque não temos excesso de gente para trabalhar. (Ent.8).

O principal dificultador para o compartilhamento é a má distribuição da carga de trabalho. Porque conforme os horários em que esses cursos e que essas medidas de compartilhamento estão sendo feitas, nem todos podem comparecer devido à carga horária. Acho que esta é a grande limitação do compartilhamento do conhecimento e da formação de uma camaradagem maior entre os diversos setores por falta de carga horária compatível entre os diversos setores para debater os problemas. [...] A Direção atual do Instituto tem pensado em concentrar as cargas horárias das pessoas que são importantes no compartilhamento dos conhecimentos, nos mesmos horários, mas isto é particularmente difícil por causa da necessidade pessoal de cada um, então não fica fácil fazer isso. Temos gente que só pode trabalhar à noite, outros que só são apenas plantonistas, e por aí vai. É difícil fazer uma junção destas coisas. (Ent.10).

A queixa de todo funcionário é não ter tempo, trabalho em dois empregos, as vezes o horário que é disponibilizado não posso porque é no meu horário de trabalho e não tem como sair do meu setor, mas quando disponibiliza outro horário, eu trabalho em outro lugar, tenho outro compromisso. (Ent.4).

A primeira subárea retrata as características da instituição acerca do quantitativo de funcionários adequado às necessidades do hospital, seu nível de rotatividade e a alocação dos funcionários de acordo com seu perfil. A segunda subárea envolve aspectos acerca da adequação da carga horária dos profissionais às necessidades do hospital e da margem de tempo disponível para realização de atividades de GC. O Quadro 24 ilustra a nova área de preocupação.

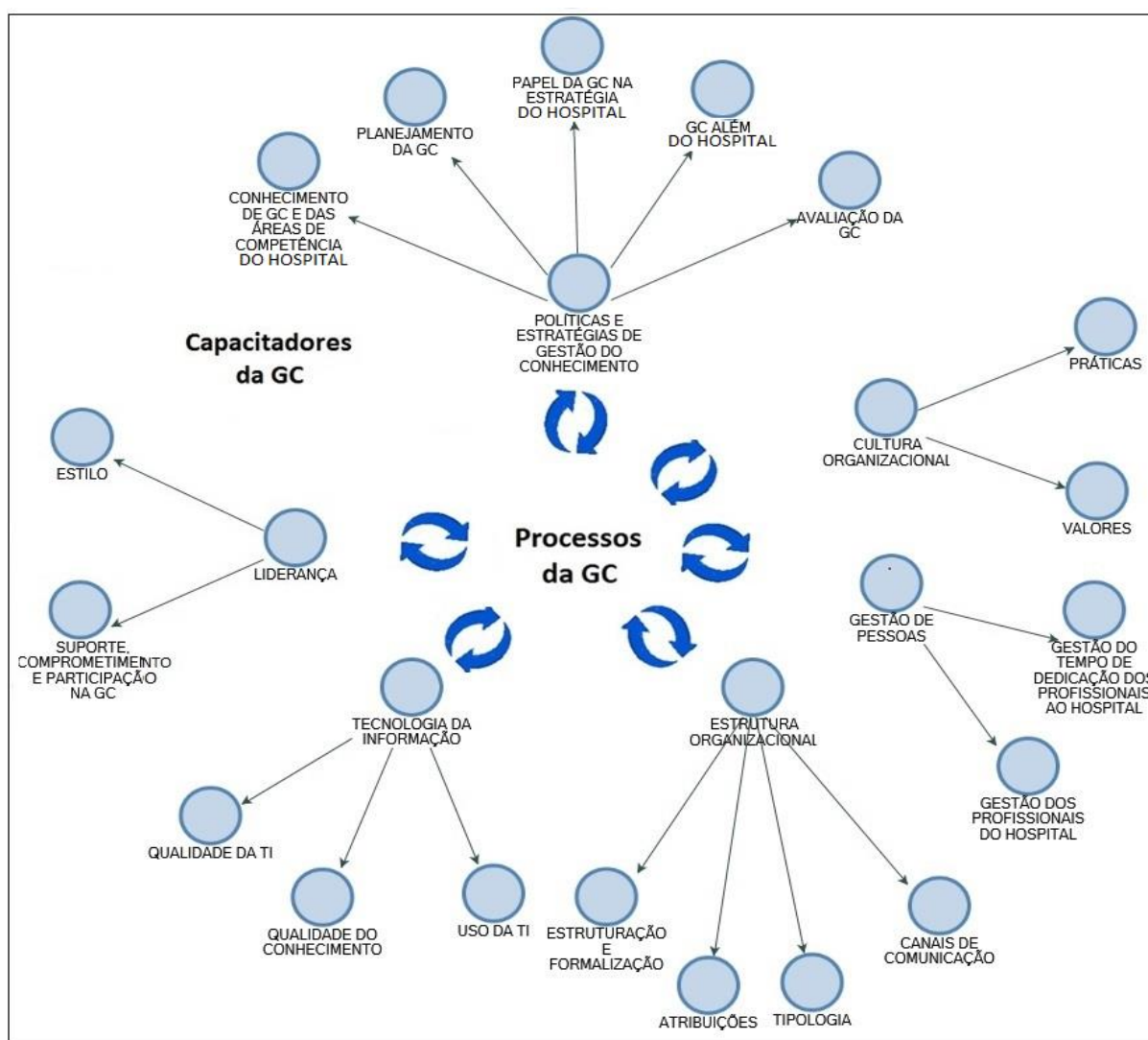
Quadro 24 – Área de preocupação Gestão de Pessoas

ÁREA DE PREOCUPAÇÃO	SUB-ÁREA DE PREOCUPAÇÃO	TEMAS
GESTÃO DE PESSOAS	ALOCAÇÃO DE PESSOAL	Quantitativo de colaboradores adequado às necessidades do hospital Rotatividade de pessoal Alocação de profissionais de acordo com o perfil
	TEMPO DE DEDICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS AO HOSPITAL	Carga horária adequada ao hospital Tempo disponível para atividades de GC no hospital

Fonte: Elaborado pelo autor (2016).

Após as modificações realizadas, a estrutura conceitual resultante é ilustrada pela Figura 26, onde as áreas de preocupação e subáreas, dependendo de como são configuradas, podem atuar como capacitadores para a GC, alavancando os processos internos do hospital. Os Quadros 25, 26, 27, 28, 29 e 30 apresentam os temas resultantes e possíveis indicadores para as subáreas de preocupação.

Figura 26 – Estrutura Conceitual Resultante: áreas e subáreas de preocupação



Fonte: Elaborado pelo autor com o uso do NVivo (2016).

A etapa (ii) proposição de exemplos de possíveis indicadores para avaliação da GC no hospital, foi desenvolvida com o auxílio dos participantes da pesquisa, especialmente, a partir dos resultados do grupo de foco, e por meio da literatura, especialmente dos artigos integrantes do portfólio bibliográfico (Quadro 19).

A primeira área de preocupação abordada foi a de Políticas e Estratégias de Gestão do Conhecimento. Sua estrutura resultante contendo as subáreas, temas e possíveis indicadores para avaliação da GC são apresentados pelo Quadro 25.

Quadro 25 – Área de preocupação “Políticas e Estratégias de Gestão do Conhecimento”: temas e indicadores

ÁREA DE PREOCUPAÇÃO	SUBÁREA DE PREOCUPAÇÃO	TEMAS	INDICADORES
POLÍTICAS E ESTRATÉGIAS DE GESTÃO DO CONHECIMENTO	CONHECIMENTO DE GC E DAS ÁREAS DE COMPETÊNCIA DO HOSPITAL	Conhecimento sobre GC no hospital	<ul style="list-style-type: none"> - Número de atores internos que tem conhecimento sobre políticas e estratégias de GC no hospital versus número de atores internos do hospital. - Número de atores externos que tem conhecimento sobre as políticas e estratégias de GC no hospital versus número de atores externos. - Nível de conhecimento dos atores internos sobre as políticas e estratégias de GC no hospital. - Nível de conhecimento dos atores externos sobre as políticas e estratégias de GC no hospital.
		Reconhecimento do conhecimento <i>core</i> e/ou áreas de competência <i>core</i> do hospital	<ul style="list-style-type: none"> - Nível de conhecimento acerca do conhecimento <i>core</i> e/ou áreas de competência <i>core</i> pelos atores internos. - Nível de conhecimento acerca do conhecimento <i>core</i> e/ou áreas de competência <i>core</i> pelos atores externos.
	PLANEJAMENTO DA GC	Estabelecimento de princípios/visão, políticas, objetivos e estratégias de GC	<ul style="list-style-type: none"> - Existência de planejamento formal da GC com políticas, objetivos e estratégias claramente definidas. - Nível de proposição de políticas e incentivos à GC.
		Formalização de processos de GC	<ul style="list-style-type: none"> - Nível de formalização do processo de Aquisição do Conhecimento. - Nível de formalização do processo de Compartilhamento do conhecimento. - Nível de formalização do processo de Criação/Geração do conhecimento. - Nível de formalização do processo de

ÁREA DE PREOCUPAÇÃO	SUBÁREA DE PREOCUPAÇÃO	TEMAS	INDICADORES
POLÍTICAS E ESTRATÉGIAS DE GESTÃO DO CONHECIMENTO			Registro/Armazenamento do conhecimento. - Nível de formalização do processo de Utilização do conhecimento.
	PAPEL DA GC NA ESTRATÉGIA DO HOSPITAL	Alinhamento entre estratégias de GC e estratégias do hospital	- Nível de alinhamento entre objetivos e processos de GC com os objetivos e processos do hospital.
		Amplitude organizacional da GC	- Número de setores/processos organizacionais que a GC abrange em relação ao número de setores/processos do hospital.
		Alocação de recursos para GC	- Nível de adequação do orçamento destinado à GC às necessidades do hospital. - Nível de distribuição adequada do orçamento, considerando atores internos e as atividades da GC.
		Definição de papéis de GC	- Existência de área ou grupo responsável pela GC no hospital - Existência de papéis individuais de GC (ex: <i>Chief knowledge officer</i>).
	GC ALÉM DO HOSPITAL	Engajamento dos atores externos na GC	- Nível de interesse dos atores externos pela GC no hospital.
		Alianças de conhecimento com fornecedores, pacientes e outros atores	- Nível de parcerias com universidades para aquisição e compartilhamento do conhecimento entre acadêmicos e atores internos (programas de estágios). - Nível de parcerias com universidades para desenvolvimento de novas tecnologias (ex: Telemedicina). - Nível de parcerias com laboratórios para pesquisas clínicas e desenvolvimento de novas tecnologias. - Nível de parcerias com entidades de apoio (Ex: Sociedade Catarinense de Cardiologia) para aquisição de conhecimento e divulgação de conhecimento para a sociedade. - Nível de aquisição e compartilhamento de conhecimento com outros hospitais sobre melhores

ÁREA DE PREOCUPAÇÃO	SUBÁREA DE PREOCUPAÇÃO	TEMAS	INDICADORES
POLÍTICAS E ESTRATÉGIAS DE GESTÃO DO CONHECIMENTO			práticas, definição e melhorias de processos hospitalares.
		Políticas e estratégias de inteligência competitiva	- Nível de aquisição de conhecimento sobre inovações tecnológicas em saúde.
	AVALIAÇÃO DA GC	Indicadores de desempenho da GC	- Nível de utilização de indicadores para avaliação de desempenho da GC no hospital. - Nível de realização de mudanças em aspectos de GC a partir de processos de avaliação da GC.
		Integração da avaliação de GC à avaliação de desempenho organizacional	- Nível de integração da avaliação de GC à avaliação de desempenho do hospital.
		Avaliação da efetividade em nível individual (satisfação)	- Nível de satisfação individual com a GC.
		Avaliação da efetividade em nível organizacional	- Nível de efetividade da GC no hospital como um todo.

Fonte: Elaborado pelo autor (2016).

A segunda área de preocupação discutida foi a de Cultura Organizacional. O Quadro 26 apresenta sua estrutura resultante, contendo as subáreas, temas e indicadores para avaliação da GC.

Quadro 26 – Área de preocupação “Cultura Organizacional”: temas e indicadores

ÁREA DE PREOCUPAÇÃO	SUB-ÁREA DE PREOCUPAÇÃO	TEMAS	INDICADORES
CULTURA ORGANIZACIONAL	VALORES	Cooperação	- Nível de discussão de casos de pacientes de forma colaborativa/multiprofissional. - Nível de compartilhamento de conhecimento entre os profissionais nas tarefas hospitalares cotidianas. - Existência de sentimento de cooperação ao invés de competição entre os colaboradores do hospital. - Existência de cultura que encoraja o compartilhamento do conhecimento.
		Inovação	- Nível de incorporação/intensidade da inovação na cultura do hospital.

ÁREA DE PREOCUPAÇÃO	SUB-ÁREA DE PREOCUPAÇÃO	TEMAS	INDICADORES
CULTURA ORGANIZACIONAL		Humanização	<ul style="list-style-type: none"> - Nível de confiança entre os profissionais no ambiente de trabalho. - Nível de motivação no ambiente de trabalho.
	PRÁTICAS	Sistema de incentivo / recompensa	<ul style="list-style-type: none"> - Nível de incentivo e benefícios para estimular a geração de ideias. - Nível de incentivo e benefícios para estimular a aquisição de conhecimentos. - Nível de incentivo e benefícios para estimular o compartilhamento de conhecimentos.
		Sistema de educação e treinamento	<ul style="list-style-type: none"> - Nível de contribuição de práticas de educação e treinamento (cursos, treinamentos, workshops, congressos, pesquisas, eventos, etc) para o aprimoramento das habilidades e conhecimentos dos colaboradores do hospital. - Nível de adequação do número de práticas de educação e treinamento oferecidos às necessidades do hospital. - Nível de participação dos colaboradores do hospital nas práticas de educação e treinamento
		Relacionamento interpessoal	<ul style="list-style-type: none"> - Nível de interação intra organizacional formal (ex: interações em reuniões internas). - Nível de interação inter organizacional formal (ex: interações em reuniões entre representantes de diferentes hospitais). - Nível de interação inter organizacional informal (ex: interações entre membros de diferentes hospitais em festas e eventos não oficiais). - Nível de interação intra organizacional informal (ex: interações na “hora do café”, confraternizações, etc).

Fonte: Elaborado pelo autor (2016).

A próxima área de preocupação estudada foi a Liderança. Seus indicadores, estabelecidos de acordo com suas subáreas de preocupação e seus temas, são apresentados pelo Quadro 27.

Quadro 27 – Área de preocupação “Liderança”: temas e indicadores

ÁREA DE PREOCUPAÇÃO	SUB-ÁREA DE PREOCUPAÇÃO	TEMAS	INDICADORES
LIDERANÇA	ESTILO	Estilo de liderança	<ul style="list-style-type: none"> - Existência de procedimentos de coleta de sugestões de colaboradores do hospital. - Nível de participação dos colaboradores nas decisões. - Nível de adoção das recomendações feitas pelos colaboradores do hospital.
	SUPORTE, COMPROMETIMENTO E PARTICIPAÇÃO NA GC	Suporte em GC	<ul style="list-style-type: none"> - Nível de suporte fornecido pelos gestores para a implantação e manutenção da GC no hospital. - Nível de suporte a comunidades de conhecimento fornecido pelos gestores do hospital.
		Comprometimento com a GC	<ul style="list-style-type: none"> - Nível de comprometimento dos gestores e colaboradores na implantação da GC no hospital. - Nível de comprometimento dos gestores e colaboradores na manutenção da GC no hospital.
		Participação na GC	<ul style="list-style-type: none"> - Nível de participação dos gestores e colaboradores nas atividades de GC desenvolvidas dentro do hospital. - Nível de participação dos gestores e colaboradores nas atividades de GC desenvolvidas fora do hospital.

Fonte: Elaborado pelo autor (2016).

A área de preocupação Tecnologia da Informação, considerada pelos gestores como essencial para GC, apresenta indicadores relacionados à qualidade da TI, qualidade do conhecimento e uso da TI. Seus temas e indicadores são apresentados pelo Quadro 28, em sequência.

Quadro 28 – Área de preocupação “Tecnologia da Informação”: temas e indicadores

ÁREA DE PREOCUPAÇÃO	SUB-ÁREA DE PREOCUPAÇÃO	TEMAS	INDICADORES
TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO	QUALIDADE DA TI	Integração da TI para GC com processos hospitalares	- Nível de integração entre os sistemas de GC e os processos hospitalares.
		Integração das aplicações aos objetivos, estratégias e processos de GC	- Nível de armazenamento de diretrizes e políticas gerais relacionadas às atividades no hospital. - Nível de documentação dos conhecimentos necessários para as atividades do hospital. - Nível de adequação das aplicações de TI com os objetivos, estratégias e processos da GC.
		Usabilidade em TI	- Nível de facilidade de uso da TI. - Nível de facilidade de uso das aplicações de TI para GC.
	QUALIDADE DO CONHECIMENTO	Atualização	- Frequência nas atualizações das informações e conhecimentos armazenados/registrados no hospital.
		Compreensão	- Nível de compreensão das informações e conhecimentos armazenados/registrados.
		Disponibilidade	- Nível de disponibilidade das informações e conhecimentos armazenados/registrados.
	USO DA TI	Uso de ferramentas e aplicações de GC disponíveis	- Nível de utilização de sistemas de informação para GC no hospital.
		Resistência e habilidade no uso da TI	- Nível de conhecimento da TI em uso no hospital pelos seus colaboradores. - Nível de resistência quanto ao uso de TI no hospital.

Fonte: Elaborado pelo autor (2016).

A área de preocupação Estrutura Organizacional envolve características relacionadas ao desenvolvimento e sustentação de uma estrutura organizacional propícia à GC. O Quadro 29 apresenta suas subáreas, temas e indicadores propostos.

Quadro 29 – Área de preocupação “Estrutura Organizacional”: temas e indicadores

ÁREA DE PREOCUPAÇÃO	SUB-ÁREA DE PREOCUPAÇÃO	TEMAS	INDICADORES
ESTRUTURA ORGANIZACIONAL	ESTRUTURAÇÃO E FORMALIZAÇÃO	Grau de estruturação e formalização	<ul style="list-style-type: none"> - Nível de estruturação dos processos do hospital. - Nível de formalização dos processos do hospital. - Nível de adequação da estrutura hierárquica à implementação e manutenção da GC.
	ATRIBUIÇÕES	Definição de papéis e responsabilidades	<ul style="list-style-type: none"> - Existência de papéis definidos e atribuídos no hospital. - Nível de clareza quanto às responsabilidades referentes a cada papel definido no hospital.
	TIPOLOGIA	Tipologias de estrutura organizacional	<ul style="list-style-type: none"> - Nível de promoção de trabalho em equipe no hospital. - Frequência de realização de grupos de trabalho interfuncionais.
	CANAIS DE COMUNICAÇÃO	Canais de comunicação intra e inter-organizacional	<ul style="list-style-type: none"> - Nível de utilização dos canais de comunicação intra-hospitalares. - Nível de utilização dos canais de comunicação inter-hospitalares.

Fonte: Elaborado pelo autor (2016).

A última área de preocupação é a de Gestão de Pessoas que retrata as características da instituição acerca do quantitativo de funcionários adequado às necessidades do hospital, seu nível de rotatividade e a alocação dos funcionários de acordo com seu perfil, aspectos acerca da adequação da carga horária dos profissionais às necessidades do hospital e da margem de tempo disponível para realização de atividades de GC. O Quadro 30 apresenta a área em questão, juntamente com suas subáreas, temas e indicadores definidos com o auxílio dos gestores do hospital.

Quadro 30 – Área de preocupação “Gestão de Pessoas”: temas e indicadores

ÁREA DE PREOCUPAÇÃO	SUB-ÁREA DE PREOCUPAÇÃO	TEMAS	INDICADORES
GESTÃO DE PESSOAS	ALOCAÇÃO DE PESSOAL	Quantitativo de funcionários adequado às necessidades do hospital	– Nível de adequação entre o número de funcionários do hospital e suas necessidades.
		Rotatividade de pessoal	– Nível de rotatividade do pessoal.
		Alocação de profissionais de acordo com o perfil	– Nível de preocupação dos gestores com o perfil do funcionário a ser alocado.
	TEMPO DE DEDICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS AO HOSPITAL	Carga horária adequada ao hospital	– Nível de adequação da carga horária dos profissionais às necessidades do hospital.
		Tempo livre durante à carga horária para atividades de GC no hospital	– Taxa de ocupação da carga horária disponível para atividades de GC no hospital.

Fonte: Elaborado pelo autor (2016).

Nesta pesquisa não são definidas as escalas de mensuração, uma vez que o objetivo desta é definir uma estrutura conceitual que aborde os principais critérios para avaliação da GC em um hospital, conforme a perspectiva dos seus atores e à luz da teoria. Os indicadores definidos constituem-se exemplos. Novos indicadores podem ser acrescentados, conforme a percepção de outros gestores e características de outros contextos hospitalares.

5 CONCLUSÃO

A elaboração do presente trabalho envolveu o escopo de proposição de uma estrutura conceitual para avaliação da gestão do conhecimento em uma organização hospitalar de natureza pública, com base na percepção dos seus gestores e profissionais de saúde. Para a consecução do objetivo geral, foram estabelecidos objetivos intermediários, denominados de objetivos específicos. O alcance destes objetivos, considerado um pré-requisito para a obtenção do objetivo geral, tem seus resultados apresentados a seguir.

O primeiro objetivo específico referiu-se à análise bibliométrica de publicações sobre a avaliação da gestão do conhecimento nas organizações, com base em um método sistemático de revisão da literatura denominado Proknow-C. A seleção do Porfólio Bibliográfico (PB) foi realizada nas bases de dados *Scopus*, *Web of Science (ISI)* e *EBSCO*, com delimitação de tempo englobando os anos de 2000 a 2015. Por meio da equação booleana ("performance" or "assessment" or "measure*" or "evaluation" or "maturity") and ("knowledge management") foram obtidos 8.701 artigos. Destes artigos, após a aplicação de diversos filtros, resultou um PB composto por 22 artigos. Após a análise bibliométrica destes artigos observou-se que: (i) os periódicos *Journal of Knowledge Management* e *Expert Systems with Applications* encontram-se em posição de destaque tanto no PB quanto em suas referências; (ii) não houve publicação no PB que se enquadrou como “artigo de destaque escrito por autor de destaque”. Identificou-se 1 artigo de destaque e 2 artigos escritos por autores de destaque; (iii) Chimay J. Anumba figura como autor mais citado nas referências do PB, atingindo 9 citações e; (iv) o artigo “KMPI: measuring knowledge management performance”, de autoria de Chang, L. K. et. al, 2005, destaca-se como artigo mais citado do PB no Google Scholar, totalizando 388 citações. Esta investigação evidenciou que a área de Gestão do Conhecimento Hospitalar informada pela Avaliação de Desempenho configura-se como um campo fértil a ser explorado pelo fato de não terem sido identificados autores com trajetória e destaque no tema.

O segundo objetivo específico compreendeu a caracterização dos atores e dos processos da GC no hospital. Os atores identificados foram subdivididos em (i) atores internos e (ii) atores externos. Os atores internos são aqueles que se relacionam diretamente aos processos de GC no hospital. São exemplos desta categoria os gestores, profissionais de saúde e demais profissionais da instituição. Já os atores externos são aqueles que se relacionam indiretamente aos processos de GC no hospital. As universidades, fornecedores e laboratórios são exemplos desta categoria.

As entrevistas evidenciaram o reconhecimento por parte dos gestores e profissionais de saúde do conhecimento *core* e dos conhecimentos coadjuvantes do hospital estudado e ainda, a percepção destes em relação aos diferenciais existentes entre a instituição estudada e as demais, públicas ou privadas. Embora haja o reconhecimento pelos entrevistados do conhecimento *core* e de como o hospital se diferencia dos demais, identificou-se um baixo nível de conhecimento acerca do tema “Gestão do Conhecimento”. Dentre os 11 entrevistados, 5 deles nunca ouviram falar sobre GC e 3 afirmaram saber do que se trata, mas descreveram de forma superficial. Identificou-se que a GC não está institucionalizada no hospital, não há a definição de políticas, objetivos, estratégias de GC e o planejamento e articulação dos processos a ela pertinentes. Aquisição, compartilhamento, criação, armazenamento e utilização do conhecimento ocorrem informalmente como parte do cotidiano das atividades hospitalares e são limitados, segundo os entrevistados, pela quantidade de recursos disponíveis, resistência dos colaboradores e falta de cobrança por parte das chefias.

O terceiro objetivo específico consistiu em identificar a pertinência, para o hospital pesquisado, de aspectos/critérios teóricos de avaliação da gestão do conhecimento tidos como relevantes às organizações de forma geral. Com este intuito, propôs-se uma estrutura conceitual preliminar definida por meio da revisão sistemática da literatura sobre o tema. Esta estrutura foi composta por áreas de preocupação, sub-áreas de preocupação e temas correlatos.

Identificou-se que os aspectos contidos na estrutura preliminar estavam presentes na fala dos participantes, embora não tenham sido questionados diretamente sobre estes aspectos. A primeira área de preocupação analisada foi a de Políticas e Estratégias de Gestão do Conhecimento, apresentando 50 referências, no conjunto de entrevistas, distribuídas entre suas 5 subáreas: (i) conhecimento de GC e das áreas de competência; (ii) planejamento da GC; (iii) papel da GC na estratégia da organização; (iv) GC além da organização; e (v) avaliação da GC. A segunda área analisada foi a de Cultura Organizacional, contendo 119 referências em suas 2 subáreas: (i) valores; e (ii) práticas. A terceira área analisada foi a de Estrutura e Liderança Organizacional composta por 2 subáreas: (i) estrutura organizacional; e (ii) liderança. Esta área totalizou 41 referências e esteve presente em todas as 11 entrevistas. A quarta área de preocupação analisada foi a de Tecnologia da Informação. A área de TI foi referenciada 64 vezes, sendo estas divididas entre as subáreas de (i) qualidade da TI e (ii) qualidade do conhecimento. A última área analisada foi a área Pessoas, totalizando 68 referências em suas 3 subáreas: (i) conhecimento sobre GC; (ii) comprometimento com a GC; e (iii) uso de ferramentas de GC. Ao fim desta etapa de análise, observou-se que os aspectos presentes na

estrutura conceitual preliminar, em especial as áreas e subáreas de preocupação, eram pertinentes ao hospital pesquisado.

O quarto objetivo específico envolveu a estruturação dos critérios da GC considerados relevantes para o hospital e a proposição de indicadores para a avaliação da GC. Este foi desenvolvido em duas etapas, considerando os dados obtidos a partir das entrevistas e do grupo de foco. A etapa (i) buscou refinar a estrutura conceitual preliminar, cujas áreas de preocupação foram confirmadas pelas entrevistas, ajustando-a às necessidades do hospital e à “linguagem” inerente a instituições hospitalares. A estrutura conceitual resultante foi composta por 6 áreas de preocupação: (i) Políticas e Estratégias de Gestão do Conhecimento, (ii) Cultura Organizacional, (iii) Estrutura Organizacional, (iv) Liderança, (v) Tecnologia da Informação e pela nova área criada, (vi) Gestão de Pessoas. Estas áreas foram compostas por 18 subáreas e 42 temas.

A etapa (ii) consistiu na identificação de possíveis indicadores para avaliação da GC no hospital estudado. Estes indicadores retratam as preocupações dos gestores e profissionais de saúde em cada área, subárea e temas definidos. Por meio de sua mensuração, poderá ser obtido um diagnóstico da GC na instituição. Os indicadores foram delineados para suportarem o uso de diferentes tipos de escalas de mensuração, de acordo com a preferência e com a metodologia de avaliação definida.

Os resultados desta pesquisa denotam que, mesmo com características peculiares, as organizações hospitalares, precisam se preocupar com aspectos de avaliação da gestão do conhecimento comuns a organizações inseridas em outros setores que não o de saúde. Estruturas de avaliação de GC comumente são constituídas por diferentes níveis, como no caso desta pesquisa, os representados por áreas de preocupação, subáreas, temas e indicadores. Os níveis mais gerais, ou seja, os de maior abstração, são os que mais se assemelham entre as organizações, independentemente dos setores a quem pertencem. A partir do delineamento dos indicadores, começou-se a perceber possíveis características peculiares aos hospitais como é o caso por exemplo do “Nível de discussão de casos de pacientes de forma colaborativa/multiprofissional”. Destaca-se também a subárea “Políticas e estratégias de inteligência competitiva” que, por se tratar de uma instituição pública, apresentou apenas o indicador “Nível de aquisição de conhecimento sobre inovações tecnológicas em saúde”. Uma vez que as instituições públicas não possuem concorrência, o foco entendido pelos entrevistados, acerca deste tema, é o de monitoramento de inovações tecnológicas. Assim, a partir da estrutura de avaliação proposta, a combinação do conjunto de indicadores pode ser

delineada de acordo com as peculiaridades de cada hospital e com os objetivos propostos para a gestão do conhecimento naquele contexto.

Há que se considerar que embora vários aspectos de avaliação da GC sejam comuns entre organizações hospitalares e aquelas de outras naturezas, o setor de saúde enfrenta desafios que lhe são típicos e que influenciarão o resultado destes aspectos. Este é o caso, por exemplo, da forte divisão profissional do setor e da influência da esfera política. Assim, estes desafios precisam ser considerados quando do empreendimento de iniciativas de gestão do conhecimento em hospitais.

A estrutura conceitual para avaliação da GC proposta foi refinada e seus indicadores definidos a partir da percepção de gestores e profissionais de saúde do hospital, entretanto a mesma não foi aplicada no contexto pesquisado, o que se entende como uma limitação da pesquisa. Como recomendações para estudos futuros sugere-se: (i) aprimorar a estrutura conceitual resultante a partir de estudos em outros hospitais que tem a gestão do conhecimento implementada; (ii) aprimorar a estrutura conceitual a partir de estudos nos demais hospitais da rede de saúde pública do estado de Santa Catarina, uma vez que são gerenciados pelo mesmo órgão (SES-SC) e; (iii) estabelecer as escalas e definir um modelo de avaliação da GC, com vistas à aplicação deste no hospital estudado e/ou outros hospitais. Acredita-se que os desenvolvimentos destes estudos contribuirão para o avanço da gestão do conhecimento em hospitais e, em especial, para os hospitais de natureza pública do Brasil.

REFERÊNCIAS

- ABIDI, Syed Sibte Raza. Knowledge management in healthcare: towards 'knowledge-driven' decision-support services. **International Journal of Medical Informatics**, v. 63, n. 1, p. 5-18, 2001.
- ADDICOTT, Rachael; MCGIVERN, Gerry; FERLIE, Ewan. Networks, organizational learning and knowledge management: NHS cancer networks. **Public Money and Management**, v. 26, n. 2, p. 87-94, 2006.
- BARBOSA, José Geraldo Pereira et al. A proposed architecture for implementing a knowledge management system in the Brazilian National Cancer Institute. **BAR-Brazilian Administration Review**, v. 6, n. 3, p. 247-262, 2009.
- BARDIN L. L'Analyse de contenu. Editora: **Presses Universitaires de France**, 1977.
- BARROS, Aidil Jesus Paes; LEHFELD, Neide Aparecida de Souza. Fundamentos da Metodologia Científica. **Makron**, 2007.
- BAUER, M.; GASKELL G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. Petrópolis: Editora **Vozes**; 2002.
- BOOTH, Andrew. Managing knowledge for clinical excellence: ten building blocks. **Journal of Clinical Excellence**, v. 3, n. 4, p. 187-194, 2001.
- BITITCI, Umit et al. Performance measurement: Challenges for tomorrow*. **International Journal of Management Reviews**, v. 14, n. 3, p. 305-327, 2012.
- BRAUN, Carla Cristine; MUELLER, Rafael Rodrigo. The knowledge management in the municipal public administration in Curitiba with the application of the Organizational Knowledge Assessment (OKA) method. **Revista de Administração Pública**, v. 48, n. 4, p. 983-1006, 2014.
- CEGARRA-NAVARRO, Juan-Gabriel; CEPEDA-CARRIÓN, Gabriel. How to implement a knowledge management program in hospital-in-the-home units. **Leadership in Health Services**, v. 23, n. 1, p. 46-56, 2010.
- CERVO, Amado Luiz; SILVA, Roberto da. Metodologia científica. **São Paulo: Pretence Hall**, 2006.
- CHEN, Le; FONG, Patrick SW. Revealing performance heterogeneity through knowledge management maturity evaluation: A capability-based approach. **Expert Systems with Applications**, v. 39, n. 18, p. 13523-13539, 2012.
- CHEN, Yu-Hui; LIU, Chung-Feng; HWANG, Hsin-Ginn. Key factors affecting healthcare professionals to adopt knowledge management: The case of infection control departments of Taiwanese hospitals. **Expert Systems with Applications**, v. 38, n. 1, p. 450-457, 2011.
- CLARKE, Charlotte L.; WILCOCKSON, Jane. Seeing need and developing care: exploring knowledge for and from practice. **International journal of nursing studies**, v. 39, n. 4, p. 397-406, 2002.

COLAUTO, Romualdo Douglas; BEUREN, Ilse Maria. Proposta para avaliação da gestão do conhecimento em entidade filantrópica: o caso de uma organização hospitalar. **Revista de Administração Contemporânea**, v. 7, n. 4, p. 163-185, 2003.

CONKE, Leonardo Silveira. O Pensamento Estratégico no Século XX: Explicações Históricas. **Revista Ibero-Americana de Estratégia**, v. 12, n. 4, p. 210, 2013.

CRESWELL, John W. Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches. **Sage publications**, 2013.

DE BORBA, Gustavo Severo; NETO, Francisco José Kliemann. Gestão Hospitalar: identificação das práticas de aprendizagem existentes em hospitais. **Saúde e Sociedade**, v. 17, n. 1, p. 44-60, 2008.

DELPierre, Cyrille et al. A systematic review of computer-based patient record systems and quality of care: more randomized clinical trials or a broader approach?. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 16, n. 5, p. 407-416, 2004.

DIEHL, Astor Antonio. Pesquisa em ciências sociais aplicadas: métodos e técnicas. São Paulo: **Prentice Hall**, 2004.

DUSSAULT, Gilles. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. **Revista de Administração Pública**, v. 26, n. 2, p. 8-19, 1992.

DUTRA, Ademar et al. The construction of knowledge from the scientific literature about the theme seaport performance evaluation. **International Journal of Productivity and Performance Management**, v. 64, n. 2, p. 243-269, 2015.

DUTRA, Ademar. Metodologias para avaliar o desempenho organizacional: revisão e proposta de uma abordagem multicritério. **Revista Contemporânea de Contabilidade**, v. 2, n. 3, p. 25-56, 2005.

DUTRA, Ademar et al. Inovação no processo de avaliação do desempenho organizacional: o uso da dimensão integrativa DOI: 10.5585/rai. v5i2. 244. **RAI: revista de administração e inovação**, v. 5, n. 2, p. 150-163, 2009.

EDWARDS, John S.; HALL, M. J.; SHAW, Duncan. Proposing a systems vision of knowledge management in emergency care. **Journal of the Operational Research Society**, p. 180-192, 2005.

ENSSLIN, Leonardo et al. Research Process for Selecting a Theoretical Framework and Bibliometric Analysis of a Theme: Illustration for the Management of Customer Service in a Bank. **Modern Economy**, v. 6, n. 06, p. 782, 2015.

ENSSLIN, Sandra Rolim et al. Disclosure of the State of the Art of Performance Evaluation Applied to Project Management. **American Journal of Industrial and Business Management**, v. 4, n. 11, p. 677, 2014.

FERLIE, Ewan et al. The nonspread of innovations: the mediating role of professionals. **Academy of management journal**, v. 48, n. 1, p. 117-134, 2005.

FLICK, Uwe. **Introdução à metodologia de pesquisa: um guia para iniciantes**. Penso Editora, 2012.

FRANCO-SANTOS, Monica; LUCIANETTI, Lorenzo; BOURNE, Mike. Contemporary performance measurement systems: A review of their consequences and a framework for research. **Management Accounting Research**, v. 23, n. 2, p. 79-119, 2012.

FREEMAN, R. E.; REED, D. L. Stockholders and Stakeholders: A New Perspective on Corporate Governance. **California Management Review** (pre-1986); vol. XXV, no. 3, Spring 1983. p. 88-106. Disponível em: http://www.academia.edu/download/40582871/Stock_stakeholders.pdf, acessado em 10/11/2016.

FREITAS, Henrique et al. O método de pesquisa *survey*. **Revista de Administração**, São Paulo, v. 35, n. 3, p.105-112, jul. 2000. Trimestral.

GABBAY, John; LE MAY, Andrée. Evidence based guidelines or collectively constructed “mindlines?” Ethnographic study of knowledge management in primary care. **BMJ**, v. 329, n. 7473, p. 1013, 2004.

GABBAY, John et al. A Case Study of Knowledge Management in Multiagency Consumer-InformedCommunities of Practice': Implications for Evidence-Based Policy Development in Health and Social Services. **Health**., v. 7, n. 3, p. 283-310, 2003.

GARCÍA-FERNÁNDEZ, Mariano. How to measure knowledge management: dimensions and model. **VINE**, v. 45, n. 1, p. 107-125, 2015.

GARG, Amit X. et al. Effects of computerized clinical decision support systems on practitioner performance and patient outcomes: a systematic review. **Jama**, v. 293, n. 10, p. 1223-1238, 2005.

GHALAYINI, Alaa M.; NOBLE, James S. The changing basis of performance measurement. **International Journal of Operations & Production Management**, v. 16, n. 8, p. 63-80, 1996.

GIL, Antonio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. **São Paulo**, v. 5, p. 61, 2002.

GONÇALO, Cláudio Reis; DE LOURDES BORGES, Maria. Healthcare Services Based on Knowledge Structure. **Journal of Health Management**, v. 12, n. 4, p. 553-572, 2010.

GRAY, JA Muir; DE LUSIGNAN, Simon. National electronic library for health (NeLH). **BMJ**, v. 319, n. 7223, p. 1476-1479, 1999.

GUERRAS-MARTÍN ET AL. The evolution of strategic management research: Recent trends and current directions. **Business Research Quarterly**, v. 17, p. 69-76, 2014.

GUVEN-USLU, Pinar. Uses of performance metrics in clinical and managerial networks. **Public Money and Management**, v. 26, n. 2, p. 95-100, 2006.

HAMEL, Gary; PRAHALAD, C. K. **Competindo pelo futuro**. Trad.: Outras Palavras. Rio de Janeiro: Campus, 1995.

HEATHFIELD, Heather. New challenges for clinical informatics: KM tools. **Health Informatics Journal**, 5(2), 6–13, 1999.

HSIEH, Ping Jung; LIN, Binshan; LIN, Chinho. The construction and application of knowledge navigator model (KNM™): An evaluation of knowledge management maturity. **Expert Systems with Applications**, v. 36, n. 2, p. 4087-4100, 2009.

KAWAMOTO, Kensaku et al. Improving clinical practice using clinical decision support systems: a systematic review of trials to identify features critical to success. **BMJ**, v. 330, n. 7494, p. 765, 2005.

KHATIBIAN, Neda; HASAN GHOLAI POUR, Tahmoores; ABEDI JAFARI, Hasan. Measurement of knowledge management maturity level within organizations. **Business Strategy Series**, v. 11, n. 1, p. 54-70, 2010.

KOR, Y.; MAHONEY, J. Edith Penrose's (1959) contributions to the resource-based view of strategic management. **Journal of Management Studies**. v. 41, n. 1, p. 183-191, janeiro-2004.

KOUMPOUROS, Yiannis; NICOLOSI, Gian Luigi; MARTINEZ-SELLES, Manuel. Critical success factors for establishing a multidisciplinary health community knowledge management system using internet-based ICTs: the cardiology paradigm. **International journal of healthcare technology and management**, v. 7, n. 3-4, p. 283-302, 2005.

LACERDA, Rogério TO; ENSSLIN, Leonardo; ENSSLIN, Sandra Rolim. Research Methods and success Meaning in Project Management. **Designs, Methods and Practices for Research of Project Management**, p. 85, 2015.

LACERDA, Rogério Tadeu de Oliveira; ENSSLIN, Leonardo; ENSSLIN, Sandra Rolim. Uma análise bibliométrica da literatura sobre estratégia e avaliação de desempenho. **Gestão & Produção**, v. 19, n. 1, 2012.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos da metodologia científica**. São Paulo; Atlas; 2010. xvi,297 p.

LEE, Jang-Hwan; KIM, Young-Gul. A stage model of organizational knowledge management: a latent content analysis. **Expert Systems with Applications**, v. 20, n. 4, p. 299-311, 2001.

LIN, Hsiu-Fen. A stage model of knowledge management: an empirical investigation of process and effectiveness. **Journal of Information Science**, 2007.

LOTTI OLIVA, Fabio. Knowledge management barriers, practices and maturity model. **Journal of Knowledge Management**, v. 18, n. 6, p. 1053-1074, 2014.

MARTINS, Henrique MG; DETMER, Don E.; RUBERY, Eileen. Perspectives on management education: an exploratory study of UK and Portuguese medical students. **Medical teacher**, v. 27, n. 6, p. 493-498, 2005.

MONTALVO, Hilda Vanessa Zevallos. Política de desenvolvimento e o setor de mineração: análise de discursos do governo do Peru no período de 1990 a 2009. 2010.

MINAYO, M. C. S. Ciência, **Técnica e arte**: o desafio da pesquisa social. In: Minayo, M. (org) Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: **Voices**, 1994, 80p.

MUSSI, C. C. **Frames tecnológicos e avaliação de sistemas de informação: uma perspectiva interpretativista**. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, São Paulo, 2008. Disponível em: <http://www.teses.usp.br>, acesso em 10/05/2016.

NICOLINI, Davide et al. Managing knowledge in the healthcare sector. A review. **International Journal of Management Reviews**, v. 10, n. 3, p. 245-263, 2008.

NICOLINI, Davide et al. In search of the 'structure that reflects': promoting organizational reflection in a UK health authority. **Organizing reflection**, p. 81-104, 2004.

NONAKA, Ikujiro; TAKEUCHI, Hirotaka. The knowledge-creating company: how the dynamics of innovation. Nova York: **Oxford University Press**, 1995.

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

NONAKA, Ikujiro; VON KROGH, Georg; VOELPEL, Sven. Organizational knowledge creation theory: Evolutionary paths and future advances. *Organization studies*, v. 27, n. 8, p. 1179-1208, 2006.

OZTEMEL, Ercan; ARSLANKAYA, Seher. Enterprise knowledge management model: a knowledge tower. **Knowledge and information systems**, v. 31, n. 1, p. 171-192, 2012.

PAUL, David L. Collaborative activities in virtual settings: A knowledge management perspective of telemedicine. **Journal of Management Information Systems**, v. 22, n. 4, p. 143-176, 2006.

PEE, Loo Geok; KANKANHALLI, Atreyi. A model of organisational knowledge management maturity based on people, process, and technology. **Journal of Information & Knowledge Management**, v. 8, n. 02, p. 79-99, 2009.

PLAICE, Caroline; KITCH, Pam. Embedding knowledge management in the NHS south-west: pragmatic first steps for a practical concept. **Health Information & Libraries Journal**, v. 20, n. 2, p. 75-85, 2003.

POLANYI, Michael. The Tacit Dimension, Routledge & Kegan Paul, Londres, 1966.

ROBINSON, H. S. et al. STEPS: a knowledge management maturity roadmap for corporate sustainability. **Business Process Management Journal**, v. 12, n. 6, p. 793-808, 2006.

RODRÍGUEZ-MONTES, José Antonio. Diagnóstico y gestión del conocimiento en un servicio de cirugía. **Cirugía Española**, v. 80, n. 2, p. 72-77, 2006.

RICHARDSON, Roberto Jerry. Pesquisa social: métodos e técnicas. **São Paulo: Atlas**, 1999.

RUAS, Roberto. Gestão das competências gerenciais e a aprendizagem nas organizações. Artigo EA/PPGA/UFRGS, 2002

SANDARS, John. Knowledge management: something old, something new!. **Work Based Learning in Primary Care**, v. 2, n. 1, p. 9-17, 2004.

SAUNDERS, M.; LEWIS, Philip; THORNHILL, Adrian. **Research methods for business students**, Pearson Education India, 5. ed., 2011.

SEGRE, Marco; FERRAZ, Flávio Carvalho. O conceito de saúde. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 31, n. 5, p. 538-542, Oct. 1997. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101997000600016&lng=en&nrm=iso>. access on 08 Jul. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101997000600016>.

STONER, J. A.; FREEMAN, R. E. **Administração**. 5 ed. Rio de Janeiro: LTC, 1995.

TAGLIAVENTI, Maria Rita; MATTARELLI, Elisa. The role of networks of practice, value sharing, and operational proximity in knowledge flows between professional groups. **Human Relations**, v. 59, n. 3, p. 291-319, 2006.

TASCA, Jorge Eduardo et al. An approach for selecting a theoretical framework for the evaluation of training programs. **Journal of European Industrial Training**, v. 34, n. 7, p. 631-655, 2010.

TEIXEIRA, Enise Barth. A análise de dados na pesquisa científica: importância e desafios em estudos organizacionais. **Desenvolvimento em questão**, v. 1, n. 2, p. 177-201, 2003.

VERGARA Sylvia Constant. **Projetos e Relatórios de Pesquisa em Administração**. 9ª ed. São Paulo: Editora Atlas, 2007.

VERNADAT, François et al. VR-PMS: a new approach for performance measurement and management of industrial systems. **International Journal of Production Research**, v. 51, n. 23-24, p. 7420-7438, 2013.

WECK, Mona; BLOMQUIST, Kirsimarja. The role of inter-organizational relationships in the development of patents: A knowledge-based approach. **Research Policy**, v. 37, n. 8, p. 1329-1336, 2008.

WEN, Yuan-Feng. An effectiveness measurement model for knowledge management. **Knowledge-based systems**, v. 22, n. 5, p. 363-367, 2009.

ZAIM, Halil; TATOGLU, Ekrem; ZAIM, Selim. Performance of knowledge management practices: a causal analysis. **Journal of knowledge management**, v. 11, n. 6, p. 54-67, 2007.

ZIGAN, Krystin; MACFARLANE, Fraser; DESOMBRE, Terry. Knowledge management in secondary care: a case study. **Knowledge and Process Management**, v. 17, n. 3, p. 118-127, 2010.

APÊNDICE

APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
APÊNDICE 2 - ROTEIRO DE ENTREVISTA

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(de acordo à Resolução nº 466/12, do conselho Nacional de saúde)

Eu, Alexandre Felipe Machado, mestrando em administração, estou desenvolvendo a pesquisa intitulada “*Avaliação da Gestão do Conhecimento em um hospital: proposta de uma Estrutura Conceitual na perspectiva de Gestores e Profissionais de Saúde*”, sob orientação da professora doutora Clarissa Carneiro Mussi.

Neste momento estou lhe convidando para participar da pesquisa acima. Sua participação consistirá em responder uma entrevista.

Sua participação é voluntária, o que significa que o (a) senhor (a) poderá desistir a qualquer momento da pesquisa, retirando seu consentimento, sem que isso lhe seja imputado qualquer tipo de prejuízo.

Essa pesquisa tem por objetivo propor uma estrutura conceitual para avaliar a maturidade da gestão do conhecimento em uma organização hospitalar de natureza pública, com base na percepção dos seus gestores e profissionais de saúde e justifica-se, uma vez que a gestão do conhecimento em instituições hospitalares beneficia a redução no tempo do ciclo dos serviços, reduz os custos, gera maior retorno dos investimentos, proporciona um nível maior de satisfação dos pacientes e fomenta o aprendizado contínuo dos médicos e demais profissionais da organização buscando a excelência na prestação de serviços.

Trata-se de um estudo qualitativo de abordagem exploratória cujo método de coleta de dados será através da entrevista semiestruturada com roteiro previamente estabelecido.

Os riscos deste estudo são classificados de baixo risco, uma vez que se trata de pesquisa que não utiliza processos invasivos, não interfere na reputação institucional, haja vista que o estudo é para saber quais os critérios que compõem a avaliação da maturidade da gestão do conhecimento em uma organização hospitalar com base na percepção dos gestores e profissionais de saúde.

Você não é obrigado a participar desta pesquisa, a sua participação é optativa, desta maneira a decisão de fazer parte do estudo é voluntária. O senhor é livre para escolher se deseja ou não fazer parte do estudo. O senhor é quem decide por começar ou mesmo interromper o estudo a qualquer momento que julgar conveniente. Não há nenhum custo adicional envolvido na participação nesse estudo e também pagamento por sua participação. Todos os registros (informações) que dizem respeito a sua identidade (nome, por exemplo) serão mantidos em sigilo (segredo). Se o senhor tiver qualquer pergunta, de qualquer natureza, a respeito do estudo (surgida após a explanação de hoje) ou deseje interromper o estudo, por favor entrar em contato com o pesquisador responsável pelo telefone (48) 8421-2552.

Comitê de ética em pesquisa com seres humanos: do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina - São José - telefone (48) 3271-9101 ou e-mail: treinamentoicsc@saude.sc.gov.br

Uma cópia deste TCLE será entregue ao senhor para que fique em seu poder.

Data 11/10/2016.

Mestrando



Orientadora



CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu,.....fui informado sobre o objetivo, a justificativa, os benefícios e os riscos de participar desta pesquisa. Afirmando que compreendi os procedimentos quanto a confidencialidade, a guarda, a utilização e a divulgação das informações, por isso autorizo a gravação das entrevistas semiestruturadas. Declaro, portanto, que estou de acordo em participar, voluntariamente, da pesquisa *“Avaliação da Maturidade da Gestão do Conhecimento em um ambiente hospitalar: proposta de uma Estrutura Conceitual na perspectiva de Gestores e Profissionais de Saúde”*.

São José, 11 de outubro de 2016.

Assinatura do participante

APÊNDICE 2
ROTEIRO DE ENTREVISTA

UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO

- 1 – Quais você considera as áreas de conhecimentos chave/principais do hospital?
- 2 – Você acha que no hospital há conhecimentos que o diferenciam de outros hospitais públicos/privados? Caso positivo, que conhecimentos são estes?
- 3 – Você já ouviu falar em GC? Caso positivo, o que sabe sobre este assunto?
- 4 - Como ocorre a **AQUISIÇÃO** de conhecimentos no hospital pelos profissionais de saúde?
- 5 - Quais você considera os **DIFICULTADORES** no hospital para que os profissionais de saúde **ADQUIRAM** conhecimento?
- 6 - Quais você considera os **FACILITADORES** existentes no hospital para que os profissionais de saúde **ADQUIRAM** conhecimento?
- 7 - O que você **SUGERE** para melhorar a **AQUISIÇÃO** do conhecimento no hospital?
- 8 – Como ocorre o **COMPARTILHAMENTO** de conhecimentos entre os profissionais de saúde no hospital?
- 9 - Quais você considera os **DIFICULTADORES** para que os profissionais de saúde compartilhem conhecimento no hospital?
- 10 - Quais você considera os **FACILITADORES** para que os profissionais de saúde compartilhem conhecimento no hospital?
- 11 - O que você **SUGERE** para melhorar o **COMPARTILHAMENTO** do conhecimento no hospital?
- 12 – Há **COMPARTILHAMENTO** do conhecimento entre o hospital com agentes externos? Caso positivo, como ocorre?
- 13 – Como ocorre a **CRIAÇÃO/GERAÇÃO** de novos conhecimentos no hospital?
- 14 - Quais você considera os **DIFICULTADORES** para geração de novos conhecimentos no hospital?
- 15 - Quais você considera os **FACILITADORES** para que os profissionais de saúde gerem novos conhecimentos no hospital?
- 16 - O que você **SUGERE** para melhorar a geração do conhecimento no hospital?
- 17 – Como ocorre o **REGISTRO** (armazenamento) do conhecimento no hospital?

18 - Quais você considera os DIFICULTADORES para o registro destes conhecimentos no hospital?

19 - Quais você considera os FACILITADORES para o registro de conhecimentos no hospital?

20 - O que você SUGERE para melhorar o registro do conhecimento no hospital?

21 – O conhecimento pode ser criado, adquirido, compartilhado, armazenado, mas não necessariamente utilizado. Fale sobre o **uso/aplicação** do conhecimento no hospital?