

Gestão do conhecimento do corpo clínico assistencial

Fábio de Oliveira Lucena¹

Jean Carlos Pontes Freire²

Uiamara Mirna da Silva³

Resumo: A gestão do conhecimento apresenta um papel importante para as organizações que atuam no segmento de saúde, pois a demanda por novos conhecimentos é intensa, especialmente na assistência aos pacientes. Apesar do reconhecimento de que a gestão do conhecimento é fundamental para os hospitais, a atenção dada a essa área é ainda incipiente, inclusive no âmbito acadêmico. Destarte, esta pesquisa buscou descrever a gestão de conhecimento de três hospitais, nas perspectivas dos gestores e do corpo clínico assistencial. A investigação aplicou entrevistas semiestruturadas a três gestores e nove pessoas do corpo clínico assistencial, em três hospitais. Os dados foram tratados qualitativamente por meio da análise de conteúdo. Apesar da identificação de algumas práticas adequadas, os resultados indicaram a necessidade de uma maior sistematicidade na gestão do conhecimento.

Palavras-chaves: Assistência aos Pacientes; Unidade Hospitalar; Gestão do Conhecimento.

Knowledge management of clinical healthcare staff

Abstract: Knowledge management plays an important role for organizations working in the health segment, as the demand for new knowledge is intense, especially in patient care. Despite the acknowledgment that knowledge management is fundamental for hospitals, the attention given to this area is still incipient, including in the academic field. Thus, this research aimed to describe the knowledge management of hospitals, from the perspectives of managers and clinical care staff. The investigation applied semi-structured interviews to three managers and nine people of the clinical assistance staff, in three hospitals. Data were treated qualitatively by content analysis. Despite the identification of some appropriate practices, the results indicated the need for more systematic knowledge management.

Keywords: Patient Care; Hospital; Knowledge Management.

1 Introdução

As organizações, movidas pela alta competitividade, requerem uma gestão que permita o atualização das informações e a assimilação do conhecimento, com vistas à inovação (JANNUZZI *et al.*, 2016), entretanto, para que seja possível agregar valor à organização, o conhecimento deve circular e estar fortemente integrado nela (CHUANG; JACKSON; JIANG, 2016).

Corroborando a este respeito, Santos, Lima e Rodrigues (2015) colocam que as empresas devem buscar abordagens que deem valor à gestão do conhecimento (GC), como uma das condições para a excelência empresarial. O conhecimento, dessa forma, é considerado uma força vital para a sobrevivência

1 Doutor em Administração pela Universidade Presbiteriana Mackenzie (UPM). Graduado em Engenharia Civil pela Universidade de Pernambuco (UPE). Professor do Centro Universitário UNIFACISA. Endereço: Av. Sen. Argemiro de Figueiredo, 1901, Itararé, Campina Grande/PB. E-mail: proffabiolucena@gmail.com

2 Graduando em Administração pelo Centro Universitário UNIFACISA. Assistente Administrativo do InovaLAB da UNIFACISA.

3 Especialista em Gestão de Pessoas pelo CINTEP. Graduada em Administração pelo Centro Universitário UNIFACISA. Assessora de Coordenação do InovaLAB da UNIFACISA.

das organizações na atualidade, em face da dinamicidade da competitividade (ASRAR-UL-HAQ; ANWAR, 2016).

Embora não exista propriamente uma gestão do conhecimento, vez que o conhecimento reside nas pessoas, uma vez que o mesmo nasce dos indivíduos (D'ARISBO *et al.*, 2016), as empresas podem gerir a organização de forma que o desenvolvimento da aprendizagem e das habilidades seja incentivado e que a cultura organizacional propicie o compartilhamento da informação (WILSON, 2006; OSINSKI; ROMAN; SELIG, 2015; JANUS, 2016).

Fátima, Nastasi Junior e Lima Junior (2015, p. 876) afirmam que a “gestão do conhecimento é responsável por planejar, executar e controlar ações voltadas ao desenvolvimento do conhecimento da organização e de seus processos correspondentes, objetivando o alcance de vantagens competitivas sustentáveis de forma sistêmica.”

Em organizações que atuam na área de saúde, a gestão do conhecimento adquire um papel relevante, pois a demanda por novos conhecimentos é intensa na área médica, na tecnologia e na própria gestão (DIMITRIOS, 2012). Inobstante a premência por uma gestão eficiente de conhecimento nos serviços de saúde no Brasil, há reclamações de gestores relacionadas ao não aproveitamento inteligente das informações que antecipem problemas e que propiciem avaliações comparativas, entre outras vantagens que a gestão do conhecimento oferece (SCHOUT, 2007).

A GC pode priorizar tanto o suporte que a tecnologia da informação traz para o armazenamento e acesso ao conhecimento, quanto o elemento humano, que, por meio do qual, a empresa pode compartilhar suas experiências e gerar novos conhecimentos (GROTTO, 2001).

Neste sentido, esta pesquisa se voltou à análise da gestão do conhecimento em três organizações hospitalares, orientada pela seguinte indagação:

Como é desenvolvida a gestão do conhecimento do corpo clínico assistencial em três hospitais de Campina Grande, na ótica dos gestores e dos profissionais?

Para responder essa pergunta, foi adotado como objetivo primário desta investigação descrever a gestão de conhecimento dos hospitais, nas perspectivas dos gestores e do corpo clínico assistencial. A pesquisa também procurou, enquanto objetivo secundário, analisar como o conhecimento tácito das organizações investigadas é compartilhado.

A presente pesquisa priorizou o papel do elemento humano na gestão do conhecimento.

A questão se mostra relevante, por várias razões, a saber:

(a) estudos que tratem da gestão do conhecimento em organizações hospitalares não são comuns, a despeito da sua importância (SCHOUT, 2007) e de algumas pesquisas (VELLOSO *et al.*, 2015). Debruçar-se sobre tal tema contribui para uma melhor compreensão acadêmica do tema, especialmente no que se refere ao conhecimento do corpo clínico assistencial;

(b) pesquisas que tratem da gestão de conhecimento tácito, especialmente os processos de assistência de saúde, são escassos, considerando, para tal, as bases de dados EBSCO, PROQUEST e JSTOR -

no período de 2010 a 2016, introduzindo-se os termos *knowledge management* ou *tacit knowledge*, combinados com os termos *health services* ou *hospital* ou *public health*;

(c) uma análise das condições que permeiam a gestão do conhecimento do corpo clínico assistencial poderá contribuir para que os hospitais investigados possam adotar melhorias na gestão do conhecimento, auxiliando, desse modo, as equipes de saúde a tomarem decisões com rapidez e mais efetividade.

Este artigo está estruturado em cinco seções: a primeira diz respeito a esta introdução, na qual é contextualizado o problema de pesquisa. A segunda parte realiza uma breve revisão bibliográfica acerca de gestão do conhecimento. A seção 3 apresenta os procedimentos metodológicos que orientaram o desenvolvimento da pesquisa. A quarta seção apresenta e discute os resultados da investigação. E, finalmente, a seção 5 apresenta as conclusões obtidas a partir do estudo e algumas considerações finais.

2 Referencial teórico

A gestão do conhecimento tem se tornado crucial para as organizações que almejam ser mais competitivas no mercado (AL-QDAH; SALIM, 2013), pois a forma como as organizações fazem as coisas podem torná-las um repositório de conhecimento produtivo bem específico que as distingue dos seus concorrentes (ROSSÉS *et al.*, 2017).

O conhecimento organizacional representa o conhecimento geral dos colaboradores, sobretudo devido à sua intangibilidade, diferentemente dos recursos físicos, e constitui o conhecimento dos recursos humanos, suas competências e habilidades, que determinam a maneira pela qual a organização opera (POPOVSKY; NIKOLIC, 2014).

Em uma perspectiva holística, para a efetiva GC, deve-se considerar alguns fatores críticos de sucesso, na visão de Corrêa, França e Ziviani (2018) (vide Quadro 1).

Quadro 1: Fatores críticos de sucesso (FCS) para a gestão do conhecimento

Fatores Críticos de Sucesso	Aspectos relativos a cada FCS	Autores citados por Corrêa, França e Ziviani (2018)
Estratégia	Desenvolvimento de uma estratégia de GC alinhada com a estratégia organizacional.	Skyrme e Amidon (1997); Wong e Aspinwall (2005); Akhavan, Jafari e Fathian, (2006); Al-Mabrouk (2006); Sedighi e Zand (2012)
	Comunicação clara da estratégia de GC à organização, com vistas a permitir que os funcionários compreendam os objetivos estabelecidos e as atividades a serem realizadas.	Wong e Aspinwall (2005); Wong (2005); Lin e Lin (2006); Gai e Xu (2009); Abbaszadeh, Ebrahimi e Fotouhi (2010)
Liderança e suporte da alta administração	Apoio à a GC com investimentos para sua execução;	Davenport, De Long e Beers (1998); Gai e Xu (2009)
	Indicação dos conhecimentos mais importantes para a empresa.	Davenport, De Long e Beers (1998)
	Suporte moral à GC;	Al-Mabrouk (2006)
	Concessão de tempo para os líderes e colaboradores em face das atividades referentes ao conhecimento;	Arif e Shalhoub (2014); Kumar, Singh e Haleem (2015)
	Apoio às atividades e processos de GC mediante exemplos e palavras.	Wong (2005); Akhavan, Jafari e Fathian (2006); Sedighi e Zand (2012); Zieba e Zieba (2014)
	Favorecimento da homogeneização da comunicação relativa aos objetivos da GC.	Al-Mabrouk (2006)

Equipe de gestão de conhecimento	Definição dos papéis e suas responsabilidades, além do perfil dos profissionais (chefe, editores de conhecimento, dentre outros) que lidam com o conhecimento.	Davenport, De Long e Beers (1998); Wong e Aspinwall (2005); Valmohammadi (2010); Arif e Shalhoub (2014)
	Designação de um chefe de conhecimento, responsável por coordenar, gerenciar e estabelecer os processos de conhecimento em direção dos objetivos propostos pela GC.	Wong (2005); Gai e Xu (2009); Sedighi e Zand (2012)
	Estabelecimento de uma equipe de GC (contratação ou absorção de funcionários internos) de acordo com o perfil da organização.	Davenport, De Long e Beers (1998); Wong (2005); Wong e Aspinwall (2005); Al-Mabrouk (2006); Lin e Lin (2006); Gai e Xu (2009); Valmohammadi (2010); Arif e Shalhoub (2014); Sedighi e Zand (2012)
Recursos (financeiro, humano, material e tempo)	Análise e disponibilização de recursos financeiros para a operacionalização da GC, levando em conta a infraestrutura, sistemas tecnológicos, salários e insumos materiais.	Al-Mabrouk (2006); Abbaszadeh, Ebrahimi e Fotouhi (2010)
	Disponibilização de pessoas para o desenvolvimento da GC.	Wong (2005)
	Oferta de infraestrutura física para instalação do pessoal de GC e de materiais concernentes	Sedighi e Zand (2012); Kumar, Singh e Haleem (2015)
	Disponibilidade de tempo para que os colaboradores compartilhem o conhecimento e para que a equipe de GC desenvolva suas tarefas.	Al-Mabrouk (2006)
Processos e atividades	Determinação de processos de GC a serem considerados no âmbito organizacional.	Valmohammadi (2010); Sedighi e Zand (2012)
	Integração dos processos ao fluxo de trabalho, de forma inequívoca, estruturada e sistemática, de modo que as pessoas possam desempenhá-los.	Gai e Xu (2009)
Gestão de recursos humanos	Contratação de pessoas a partir das lacunas de conhecimento identificadas como necessárias à organização e perfil condizente com a proposta da GC.	Wong (2005); Wong e Aspinwall (2005)
	Capacitação (desenvolvimento) das habilidades e competências das pessoas, para aplicação na organização.	Wong (2005); Kumar, Singh e Haleem (2015)
	Desenvolvimento de políticas de carreira, fomentando a ambição dos colaboradores, com vistas à retenção dos mesmos na organização.	Wong (2005)
Treinamento e educação	Capacitação para homogeneizar conceitos, vocábulos e os objetivos da GC.	Al-Mabrouk (2006); Akhavan, Jafari e Fathian (2006)
	Definição do propósito da GC e os papéis a serem desempenhados pelo time de conhecimento.	Davenport, De Long e Beers (1998); Wong e Aspinwall (2005)
	Promoção de habilidades para a realização de atividades e emprego de ferramentas direcionadas ao conhecimento.	Abbaszadeh, Ebrahimi e Fotouhi (2010); Anggia (2013)
	Aceitação de erros para permitir o aprendizado por tentativa e erro.	Skyrme e Amidon (1997); Arif e Shalhoub (2014)
	Educação dos colaboradores veteranos, recém-admitidos e novos entrantes, quanto aos itens acima.	Kumar, Singh e Haleem (2015)
Motivação	Desenvolvimento de um plano de carreira e avaliação dos colaboradores.	Wong (2005); Sedighi e Zand (2012); Zieba e Zieba (2014)
	Reconhecimento dos colaboradores e aplicação de um sistema de motivação que considere recompensas financeiras ou benefícios não financeiros.	Wong e Aspinwall (2005); Valmohammadi (2010); Zieba e Zieba (2014); Arif e Shalhoub (2014)
	Sinalização à gestão de RH de práticas motivacionais alinhadas com a criação e o compartilhamento do conhecimento, e com o comportamento colaborativo, de trabalho em equipe e de criatividade.	Al-Mabrouk (2006); Lin e Lin (2006); Gai e Xu, (2009); Valmohammadi (2010)
Trabalho em equipe	Favorecimento do trabalho em equipe, de modo a fomentar o compartilhamento e a criação de novos conhecimentos.	Akhavan, Jafari e Fathian (2006); Wai, Hong e Din (2011); Sedighi e Zand (2012)

Cultura	Promoção de uma cultura tolerante a erros e do potencial do aprendizado em virtude dos mesmos.	Wong (2005)
Tecnologia da informação	Armazenamento do conhecimento explícito de forma flexível e sua recuperação por meios diversos de indexação, tais como: dicionários de sinônimos, palavras-chave, tesouros, taxonomias etc.	Davenport, De Long e Beers (1998); Arif e Shalhoub (2014)
	Provisão de recursos capazes de propiciar a conexão entre as pessoas, como videoconferência, telefones etc.	Skyrme e Amidon (1997); Wong e Aspinwall (2005); Sedigui e Zand (2012); Kumar, Singh, Haleem (2015)
Mensuração	Determinação de indicadores e métricas, financeiros e não financeiros, para mensuração da GC.	Al-Mabrouk (2006); Gai e Xu (2009); Sedigui e Zand (2012)
	Estabelecimento de meios de aferição dos benefícios decorrentes da GC, como forma alternativa ao estabelecimento de indicadores e métricas.	Davenport, De Long e Beers (1998)
	Definição de diagnósticos avaliativos da GC, objetivando identificar lacunas a serem tratadas em diversas questões organizacionais.	Akhavan, Jafari e Fathian (2006); Arif e Shalhoub (2014)
	Comunicação à alta administração e demais <i>stakeholders</i> sobre os resultados aferidos, mensurados e diagnosticados.	Wong (2005); AlMabrouk (2006)
Projeto piloto	Planejamento de um projeto piloto para condução da GC em menor âmbito organizacional, no intuito de aperfeiçoar a implementação em maior amplitude organizacional.	Skyrme e Amidon (1997); Akhavan, Jafari e Fathian (2006)

Fonte: Adaptado de Corrêa, França e Ziviani (2018)

O conjunto de fatores críticos de sucesso do Quadro 1 contempla tanto os recursos tangíveis (financeiros, infraestrutura etc.) como intangíveis (liderança, motivação etc.). Entre outros aspectos, Corrêa, França e Ziviani (2018) se reportam a Akhavan, Jafari e Fathian (2006); Wai, Hong e Din (2011); Sedighi e Zand (2012), para evidenciar a importância do trabalho em equipe, com vistas ao compartilhamento de conhecimentos.

Dinamizar o compartilhamento dos conhecimentos estimula a aprendizagem organizacional. O processo da obtenção do conhecimento é aperfeiçoado por experiências ou abordagens múltiplas. Desenvolver diferentes abordagens epistemológicas para o processo conduzem a um “repertório maior de gestão do conhecimento, e uma melhor compreensão das limitações de cada abordagem” (VENZIN; KROGH; ROOS, 1998, p. 36). O compartilhamento do conhecimento apresenta o potencial de melhorar a entrega dos serviços e produtos ofertados pelas organizações (JANUS, 2016).

O compartilhamento do conhecimento deve considerar os diversos tipos de conhecimento, uma vez que o conhecimento não se circunscreve apenas ao conhecimento explícito, correspondente àquele conhecimento que é expresso em palavras, números ou sons, e se compartilha por meio de dados, fórmulas científicas, recursos visuais ou sonoros, manuais ou outras instruções (TAKEUCHI; NONAKA, 2008). Há também o conhecimento tácito, que foi originalmente descrito com profundidade por Polanyi (1962) e, distintamente do conhecimento explícito, não pode ser codificado (BUSCH, 2008; MILLER; ZHAO; CALANTONE, 2006).

As organizações precisam aperfeiçoar o nível de conhecimento e habilidades dos funcionários. Quando se trata do conhecimento tácito, cuja dificuldade de compartilhamento é maior, tal medida assume maior importância (SILVA; SILVA; FERREIRA, 2017).

O conhecimento tácito se refere ao conhecimento proveniente da experiência e da educação formal, sendo difícil de ser expresso, em linguagens convencionais ou não, e é contextualizado em ações relativas

a objetivos práticos e que pode ser obtido mesmo sem instruções explícitas. Permite também oferecer a capacidade de integrar o conhecimento explícito, gerando novos conhecimentos (LUCENA, 2016, p. 50).

O conhecimento tácito pode se apresentar mediante diversas manifestações e/ou fluxos (LUCENA, 2016), tais como: auto-organização cognitiva (INSCH; MCINTYRE; DAWLEY, 2008), heurística tácita (BALCONI, 2007), interação relacionada a atividades sociais e discussão com confidentes (BROCKMANN; ANTHONY, 2002; INSCH; MCINTYRE; DAWLEY, 2008), percepções (TAKEUCHI; NONAKA, 2008), intuições (DANE; PRATT, 2007), entre outras formas. O conhecimento tácito é a menos familiar e não convencional forma de conhecimento (AL-QDAH; SALIM, 2013).

As fontes que suprem o conhecimento tácito podem ser diversas, como, por exemplo, habilidades e competências provenientes de áreas não convencionais em ambientes corporativos. Dumond e Martiniault (2017, p.18) consideram que os gestores de saúde podem ter suas competências melhor aparelhadas a partir de profissões como comediantes, escultores, pintores, músicos, poetas e outros artistas, pois consideram que tais funções desenvolvem “competências relacionadas, não às técnicas gerenciais, mas ao modo como essas técnicas são executadas, como são interpretadas, desenhadas, posicionadas no mundo social e expressas.”

Souza e Carvalho (2015), ao se referirem à gestão de conhecimento do corpo assistencial, propõem um *framework* que envolve a capacidade absorptiva, a criação do conhecimento, a construção do significado, a tomada de decisão, a aprendizagem, sistemas de suporte à decisão clínica e abordagem do erro. Com exceção dos sistemas de suporte à decisão clínica, os demais sistemas utilizam fortemente o conhecimento tácito, que, segundo os autores, representa a principal fonte de vantagem competitiva das empresas prestadoras de serviços de saúde.

Com essa compreensão, a aprendizagem dos profissionais de saúde deve ser motivada, de forma interdisciplinar, tratando tanto das habilidades não-técnicas, quanto dos processos de assistência aos paciente (VAN OS *et al.*, 2015). Neste sentido, o processo de criação do conhecimento provém, além de outras fontes, da interação dos profissionais, o que inclui as situações informais, as quais criam atmosfera propícia para a aprendizagem. Para tais situações, Nonaka, Toyama e Konno (2000) designam de *Ba*. Os autores acrescentam que este termo, de origem japonesa, refere-se ao lugar ou espaço onde os indivíduos interagem, permitindo a permuta de ideias e o compartilhamento de conhecimentos, como também a construção de uma linguagem comum, que cria uma sintonia dos ritmos mentais e emocionais das pessoas, ampliando ainda mais os conhecimentos. Nessa linha de entendimento, Gonzalez e Melo (2018) afirmam que a cultura de aprendizagem organizacional auxilia na exploração do conhecimento. Um dos meios de contribuir para que isto ocorra é a socialização, que, segundo Nonaka e Takeuchi (2008), refere-se à conversão do conhecimento tácito em outro conhecimento tácito, por meio da interação social entre pessoas. O canal de comunicação, em tais situações, não é explicitado e a aprendizagem se dá mediante observação, imitação e prática.

Para Caligari (2011), a implementação da gestão do conhecimento somente é viabilizada completamente quando os gestores se envolvem, incentivando os profissionais a agir de forma colaborativa.

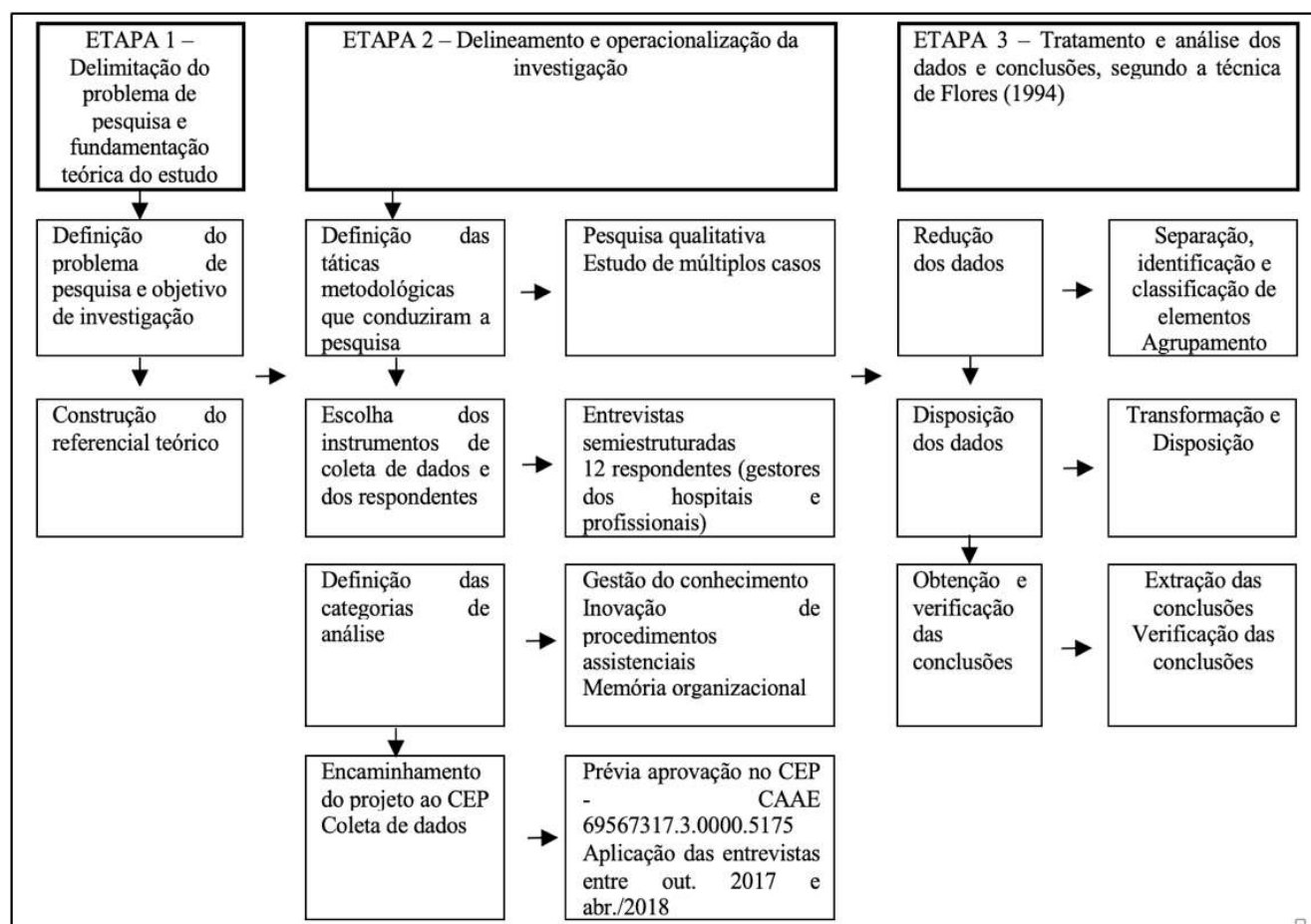
Verifica-se, portanto, que os desafios para a gestão do conhecimento em unidades de saúde são diversos. Destarte, é requerido aos gestores um papel de protagonistas no fazer saúde, que compreenda as

mudanças e possa reorientar suas decisões, com vistas a inovar no cuidado centrado nas pessoas (SILVA; ROQUETE, 2013) na Revista de Administração em Saúde (RAS).

3 Metodologia da pesquisa

A pesquisa foi realizada, segundo as etapas indicadas na Figura 1. A primeira etapa tratou da delimitação do problema de pesquisa, seus objetivos e a construção do referencial teórico que subsidiou a investigação.

Figura 1: Etapas dos procedimentos metodológicos



Fonte: Elaborado pelos autores

Na sequência, a segunda etapa metodológica transcorreu mediante os seguintes procedimentos:

a) definição das táticas metodológicas que conduziram a pesquisa: foi escolhida a abordagem qualitativa, a qual permite obter *insights* sobre o comportamento das pessoas, como pensamentos e sentimentos (SUTTON; AUSTIN, 2015). Também foi escolhido, enquanto procedimento de pesquisa, um estudo de múltiplos casos, com unidades integradas de análise, consoante a classificação de Yin (2015);

b) escolha do instrumento de coleta de dados e dos participantes da pesquisa: como técnica de obtenção de dados, foi empregada entrevista semiestruturada. ;

c) definição das categorias de análise: para facilitar o tratamento e análise dos dados, foram pré-definidas algumas categorias, como apresentado na Figura 2;

Figura 2: Categorias de análise

CATEGORIA	FACETAS	PRINCIPAIS AUTORES
Gestão do conhecimento	Capacitações Integração nos treinamentos Socialização do conhecimento tácito Compartilhamento do conhecimento Reuniões clínicas Ba Manifestações ou fluxos do conhecimento tácito Motivação (reconhecimento)	Balconi (2007) Bendassolli (2012) Dumond e Martiniault (2017) Nonaka e Takeuchi (2008) Nonaka, Toyama e Konno (2000) Lam (1998) Lucena (2016) Lima e Ramos (2016), Osinski, Roman e Selig (2015) Pereira, Aragão e Gomes (2017) Wagner (1987) Zieba e Zieba (2014)
Inovação de procedimentos assistenciais	Decisões coletivas ou <i>topdown</i> Exploração do conhecimento	Farias e Araujo (2017) March (1991)
Memória organizacional	Captura, armazenamento, compartilhamento e uso de conhecimento	Arif e Shalhoub (2014) Jannuzzi, Falsarella e Sugaraha (2016) Nonaka, Toyama e Konno (2000)

Fonte: Elaborado pelos autores

d) encaminhamento do projeto ao Comitê de Ética na Pesquisa (CEP) e posterior coleta de dados: a pesquisa foi protocolada e aprovada no CEP com o nº 69567317.3.0000.5175. Na sequência, foi procedida a coleta de dados. As entrevistas transcorreram no próprio local de trabalho dos respondentes, em sala reservada, entre fevereiro e abril de 2018, com uma média de 22 minutos. A investigação abordou duas unidades públicas e uma unidade privada, com o total de 12 entrevistas (três gestores dos hospitais e nove profissionais do corpo clínico assistencial). Foi realizada a transcrição das falas.

Como terceira e última etapa da metodologia, foram realizados o tratamento, análise dos dados e as conclusões. O tratamento e análise dos dados seguiu a técnica proposta por Flores (1994), cujas tarefas e operações contemplam:

- redução dos dados: inclui separação, identificação e classificação de elementos, para posterior agrupamento;
- disposição dos dados: nesta fase são procedidas a transformação e a disposição dos dados;
- obtenção e verificação das conclusões: as conclusões foram obtidas a partir dos resultados e foram submetidas à validação perante três participantes da pesquisa.

4 Resultados e discussão

Os resultados estão apresentados na seguinte sequência: perfil dos respondentes, perfil das unidades investigadas e dados relativos à gestão do conhecimento.

4.1 Perfil dos respondentes

O perfil dos participantes da pesquisa é apresentado na Tabela 1.

Tabela 1: Perfil dos participantes da pesquisa – out.2017/abr. 2018

Entrevistado	Função (cargo)	Idade	Tempo			Gênero	Escolaridade
			Na função	No hospital	Em outras atividades		
Gestores							
E1	Diretor Geral e Administrativo	> 60	8 anos	8 anos	15 anos	M	Superior
E2	Coordenador da Supervisão Administrativa	31-40	1 ano	12 anos	8 anos	M	Ensino médio
E3	Diretor Executivo	41-50	6 meses	5 anos	-	M	Superior (Bacharel em Direito)
Corpo clínico assistencial							
E4	Assistente social	41-50	25 anos	25 anos	-	F	Superior
E5	Enfermeiro	31-40	2 anos	2 anos	5 anos	F	Especialização
E6	Médico (a) Diretor Técnico (b)	> 60	39 anos (a e b)	39 anos	5 anos	M	Especialização
E7	Médico	31-40	8 meses	2 anos	3 anos	M	Especialização
E8	Coordenadora (c) Enfermeira (d)	31-40	8 m. (c) 3 anos (d)	13 anos	-	F	Especialização
E9	Psicóloga	31-40	3 anos	3 anos	-	F	Superior
E10	Médico	51-60	30 anos	30 anos	-	M	Superior
E11	Enfermeira	31-40	8 anos	8 anos	-	F	Especialização
E12	Assistente social	41-50	3 anos	13 anos	8 anos	F	Especialização

Fonte: Dados da pesquisa

De acordo com a Tabela 1, cinco entrevistados atuam ou já atuaram em funções que exigem atribuições em gestão de conhecimento, como, planejamento, supervisão ou avaliação. Entre os que fazem parte do corpo clínico assistencial, com exceção do respondente E7, todos os participantes têm experiência mínima de dois anos. A experiência se constitui como um dos fluxos importantes do conhecimento tácito (BALCONI, 2007). Verifica-se também que foram entrevistados profissionais de formações distintas, como: dois médicos, três enfermeiros, duas assistentes sociais e uma psicóloga.

4.2 Perfil das unidades hospitalares

A Tabela 2 apresenta o perfil das unidades hospitalares investigadas.

Tabela 2: Perfil das unidades hospitalares investigadas – out.2017/abr. 2018

	Unidade UH1	Unidade UH2	Unidade UH3
Setor	Privado	Público	Público
Nº de leitos	102	290	140
Ano de fundação	1983	2001	1967
Nª de colaboradores	360	2000	411
Abrangência geográfica	Nordeste	Nordeste	Nordeste
Acreditação	Sim	Não	Não

Fonte: Dados da pesquisa

De acordo com a Tabela 2, verifica-se que as unidades investigadas têm entre 360 e 2.000 colaboradores, quantidades que sugerem a necessidade de uma gestão planejada do conhecimento.

4.3 Resultados alusivos à gestão do conhecimento

Procurou-se nesta seção apresentar os resultados obtidos a partir de dois grupos: a) gestores hospitalares e b) profissionais do corpo clínico assistencial, doravante denominados profissionais. Ao longo das categorias e facetas analisadas, é possível constatar algumas corroborações e contradições.

Um primeiro ponto se referiu à promoção institucional e/ou incentivo sistemático de capacitações do corpo clínico assistencial. Os gestores declararam que tais capacitações ocorrem de forma pontual, sem um planejamento e sem indicação de periodicidade ou tratamento das áreas eventualmente deficientes. O participante E3 afirmou que, mesmo sem haver uma capacitação sistemática, a organização pretende sistematizar, como se depreende da sua fala: “[...] Mas há um interesse sim da empresa em aprimorar, nós incentivamos, não promovemos, mas incentivamos [...]”. Entretanto, quando se interpelou os profissionais, verificou-se certas contradições: alguns, como os respondentes E4, E5 e E9 declararam a falta de sistematicidade nas capacitações, enquanto que os profissionais E7, E8 e E11 asseveraram que as capacitações ocorrem periodicamente a cada mês ou trimestre. Esta contradição indica a ausência de um plano geral de capacitação, ocorrendo apenas, em algumas áreas específicas, como a de médicos e enfermeiros em um processo mais sistemático.

É preciso consignar que o planejamento consistente de capacitações contribui para que haja criação de valor na organização (COSTA; REZENDE, 2018) e melhora “espírito de equipe, integração e criatividade” (PEREIRA; ARAGÃO; GOMES, 2017, s/p).

Foi questionado aos entrevistados se havia incentivo para que os treinamentos ocorressem de forma integrada (médico, assistente social, enfermeiro, psicólogo) e em que ambientes (fora ou dentro da organização). Os gestores responderam que ocorria o incentivo para que tais treinamentos se realizassem,

todavia, as falas demonstraram que a integração estava a mercê dos profissionais, de forma voluntária, ou seja, não havia uma convocação deliberada da instituição, de maneira que as equipes realizassem capacitações integradas. A resposta do participante E2 confirma este entendimento: “sim, nossas capacitações aqui são abertas para todos, ela não é individualmente para um não, uma equipe só, aqueles que tiverem desejo de participar, participam!”

Sobre o local, alguns respondentes disseram que tais treinamentos integrados ocorriam dentro da própria instituição, tendo em vista a dificuldade de reunir os diversos profissionais em locais fora do hospital, em face dos diversos compromissos dos trabalhadores da saúde, como se evidencia da fala do respondente E4:

“não, o fora nunca é [...] para juntar esse povo. A pessoa que trabalha na área de saúde, nunca só trabalha numa instituição, então aqui na hora de trabalho é mais fácil dele conseguir unir a gente e passar para gente o ensino, o incentivo [...]”

Para que o conhecimento seja compartilhado e, em especial, o conhecimento tácito se socialize, é necessário que haja interação social entre indivíduos, de acordo com Nonaka e Takeuchi (2008) e se possibilite que os processos laborais se deem em equipe (AKHAVAN; JAFARI; FATHIAN, 2006).

Uma questão levantada foi sobre o compartilhamento de conhecimentos derivados de uma capacitação isolada de um profissional para os demais colegas pós-treinamento. Os respondentes, de um modo geral, informaram que ocorria tal compartilhamento, mas de forma informal, a critério dos profissionais, de plantão a plantão (E5), em reuniões com discussões informais (E7) etc. Houve um entrevistado que entendeu que tal medida era falha por não haver um incentivo explícito da instituição neste sentido, como afirmou o profissional E8.

E5: A gente vai passando de plantão em plantão [...] O que é que a gente faz, antes de começar o plantão a gente se senta aqui nessa salinha e passa.

E7: [...] os diversos especialistas do hospital, eles têm grupos onde se discutem determinados procedimentos, determinados atos cirúrgicos [...] a gente está sempre discutindo entre a gente mesmo.

E8: Não eu acho que isso aqui é falho. [...] Não tem essa, essa continuidade. Principalmente no meu setor de esterilização, então se você viu a parte uma reanimação, de um treinamento de reanimação, pronto, o pessoal daqui fica meio fora, por não chega até aqui [...].

Quando a organização incentiva o rápido compartilhamento de conhecimentos por meio de agentes multiplicadores, há redução nos custos envolvidos com capacitações, o que ratifica a importância do compartilhamento de conhecimento nas empresas, como defendido por Osinski, Roman e Selig (2015).

Uma das interpelações procurou verificar se havia reconhecimento dos profissionais no que tange aos resultados provenientes de capacitação e que tenham sido aplicados na assistência ao paciente. Os gestores informaram que sim, especialmente a partir do *feedback* dos pacientes que, em conjunto com a organização hospitalar, terminam por reconhecer os profissionais. O gestor E1 asseverou que o reconhecimento ocorre coletivamente em reuniões com os setores envolvidos. A maior parte dos profissionais (7 de 9 = 77,7%) ratificou a esse respeito, como se observou nas falas dos respondentes E5 e E9.

E5: Sempre nós somos muito elogiados [...], como pela direção, como nós também elogiamos os técnicos!

E9: Sim, somos reconhecidos pelos colegas e quando é algo maior pelo hospital, já que devido ao seu tamanho fica difícil a administração tomar conhecimento de tudo que está acontecendo.

O reconhecimento deve fazer parte das práticas da gestão e se tornar uma das suposições básicas da cultura organizacional (BENDASSOLLI, 2012), bem como o reconhecimento dos profissionais favorece a motivação para a ampliação do conhecimento (ZIEBA; ZIEBA, 2014).

Uma questão suscitada foi sobre a existência de reuniões clínicas e com que frequência para lidar com incidentes, casos, dificuldades na terapêutica. O Quadro 2 apresenta algumas respostas dos participantes.

Quadro 2: Reuniões clínicas

	Respostas
Situações em que ocorrem (frequência)	<p>E1: Em casos específicos ou de forma regular, trimestralmente ou excepcionalmente em situações graves</p> <p>E2: Bimestral ou trimestralmente e ainda excepcionalmente em determinadas demandas</p> <p>E3 De acordo com a demanda e de forma regular</p> <p>E4: Reuniões bimestrais</p> <p>E8: Nunca ocorreram</p> <p>E11: Não ocorrem</p>
Outras considerações	<p>E1: As reuniões são realizadas em mesas redondas</p> <p>E2: Todos os “profissionais são convidados para participarem das reuniões.”</p> <p>E3: Em virtude da dificuldade de reunir todos, as reuniões são realizadas, via de regra, por coordenações, setorialmente.</p> <p>E5: As reuniões não congregam todos os envolvidos.</p> <p>E6: É feito “um protocolo de atendimento de intenções, para melhorar as nossas falhas.”</p> <p>E9: Há confecção de atas, “para correção de procedimentos.”</p>

Fonte: Dados da pesquisa

A partir do Quadro 2, é possível estabelecer as seguintes considerações:

a) no que tange à existência de reuniões clínicas, verificou-se uma contradição entre os respondentes gestores e alguns participantes profissionais. Enquanto que os gestores E1 e E3 informaram haver reuniões periódicas ou conforme demanda, alguns profissionais disseram que as mesmas não ocorriam;

b) outros aspectos foram relatados:

- na unidade UH1, as reuniões ocorrem como mesa redonda;
- o gestor E2 afirmou que todos os profissionais são convidados para participar das referidas reuniões;
- o gestor E3 asseverou que há dificuldade para reunir todos os profissionais, em função de suas agendas e, por essa razão, as reuniões se sucedem por setor, aspecto também confirmado pelo respondente E5;
- os participantes E6 e E9 afirmaram que, a partir das reuniões, são elaboradas atas que prescrevem novos protocolos de atendimento.

A partir dessas considerações, pode-se depreender que não há uma sistematicidade quanto a reuniões clínicas, nem relação à periodicidade nem em relação à integração mais consistente dos diversos

profissionais. É preciso ressaltar, que há necessidade de uma rotina de reuniões, que possam tratar de “pontos fundamentais, como melhorar a comunicação entre os membros da equipe, eliminar barreiras impostas pela própria estrutura hospitalar e compartilhar as mesmas metas”, no entendimento de Lima e Ramos (2016, p. 61), que identificam a importância de governança clínica nos hospitais.

Uma questão indagou como são tomadas as decisões em face de um novo procedimento assistencial, perquirindo se tais eram tomadas pela diretoria ou de forma coletiva com o corpo clínico assistencial.

O gestor E2 afirmou que as decisões seriam coletivas, entretanto sem explicitar como ocorriam tais decisões. Os gestores E1 e E3 afirmaram que as decisões são *topdown*, ou seja, ocorrem da direção para os níveis hierárquicos abaixo. O gestor E3, entretanto, ressaltou que o hospital procura, em certa medida, fomentar um processo coletivo. Os entrevistados E4, E6, E8, E11 e E12 corroboraram que as decisões eram emanadas da direção. Por outro lado, os entrevistados E5, E6, E7, E10 e E11 informaram que havia decisões coletivas, ora com a consulta à diretoria, ora sob a supervisão da mesma. Algumas falas alusivas às decisões em termos de novos procedimentos assistenciais são apresentadas a seguir:

E3: Que venha da coletividade, por que a gente acredita que quem está no ‘fronte’ é quem tem uma maior experiência de trabalho então ele traz para seu coordenador e o coordenador leva pra diretoria de forma elaborada, claro, a ideia ela não vem pronta pra diretoria ela [...].

E6: Nós somos aqui democráticos, procuramos fazer isso de maneira harmônica, né? [...] Existem casos que é necessário acontecer de cima para baixo, que não envolva muitos.

E10: A diretoria não tem muita influência sobre procedimentos. Mais ela tá a par de tudo que se passa. Uma direção que está muito ligada em tudo o que acontece dentro do hospital. Desde a portaria até a saída do paciente!

As decisões organizacionais são um tema relevante na gestão das empresas, pois “todo sucesso, todo contratempo, toda oportunidade aproveitada ou perdida é o resultado de uma decisão que alguém fez ou deixou de fazer” (ROGERS; BLENKO, 2006, p. 52). Neste sentido, as organizações precisam identificar, de forma mais consistente, as contribuições que as pessoas nas operações podem contribuir com a heurística tácita para a tomada de decisões, vez que este tipo de conhecimento tácito, por se tratar de capacidades que auxiliam na interpretação de natureza semântica frente a problemas novos e sua resolução, como destaca Balconi (2007), favorecem as decisões acertadas. Para um melhor aproveitamento dessas contribuições, é necessária uma gestão mais participativa nos hospitais, como indicam determinados estudos realizados por Farias e Araujo (2017).

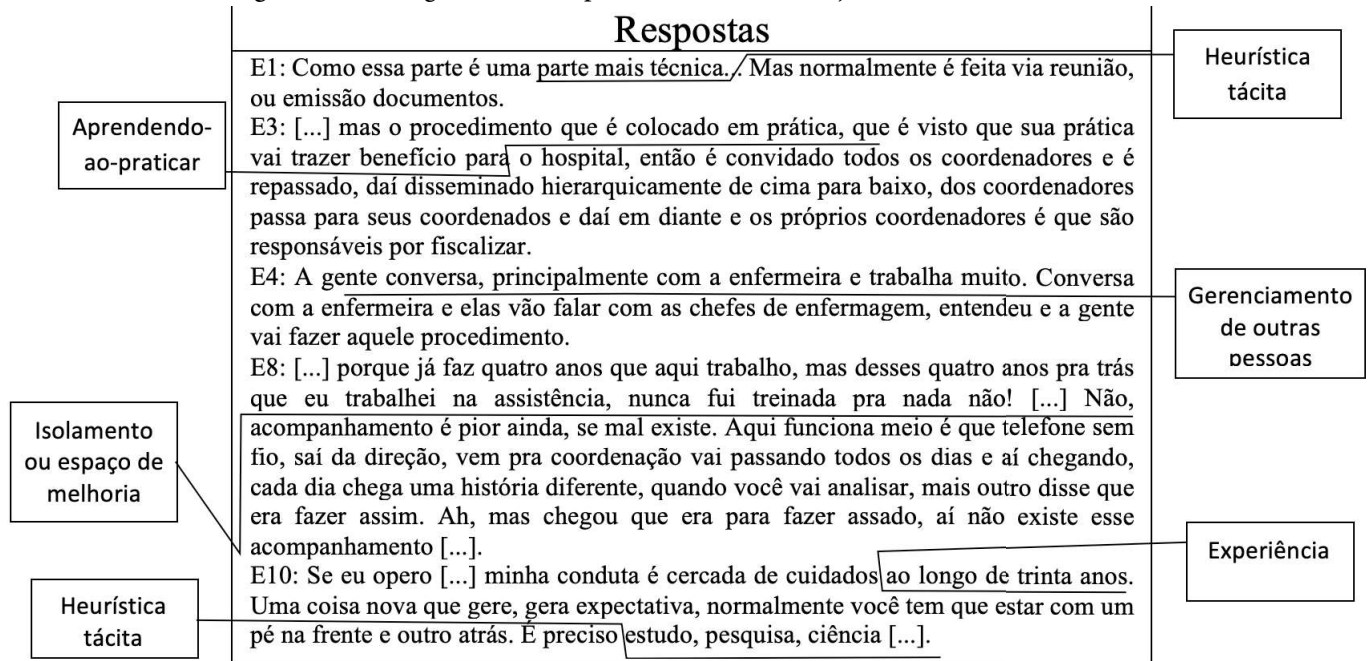
Foi questionado quando algum novo procedimento é tido como adequado para a assistência ao paciente, de qual maneira tal processo é comunicado, treinado e acompanhado, para os devidos ajustes. Algumas respostas estão indicadas na Figura 3.

Parte das falas da Figura 3 indica algumas manifestações ou fluxos do conhecimento tácito, que é um tipo de conhecimento que não pode ser negligenciado pelos gestores, quais sejam:

- a) heurística tácita: são habilidades interpretativas calcadas em educação formal e experiência (BALCONI, 2007). O respondente E1 destacou o aprendizado formal, que caracteriza um novo procedimento assistencial. O participante E10 corroborou, ressaltando o papel da pesquisa científica, por outro lado, indicou a necessidade de cautela na inserção de novos procedimentos;

b) aprendendo-ao-praticar: segundo Lam (1998), é tipo de conhecimento tácito baseado na experiência e ação corporal e somente pode ser adquirido da prática em um contexto relevante. O profissional E3 ressaltou que os novos procedimentos propostos devem ser colocados em prática, com o fim de averiguar sua eficácia;

Figura 3: Abordagem de novos procedimentos – inserção do conhecimento tácito



Fonte: Dados da pesquisa

c) gerenciamento de outras pessoas: habilidade tácita que se refere ao gerenciamento dos subordinados e pressupõe interação com os pares e colegas (WAGNER, 1987). O processo de conversar e esclarecer pontos de um novo procedimento, como salientou o respondente E4, reflete a preocupação em gerir a equipe, com vistas ao sucesso na implementação do novo procedimento;

d) experiência: Dumond e Martiniault (2017) afirmam que a construção de competências deriva, além da educação formal, da experiência laboral. Neste sentido, o entrevistado E10 disse sobre a sua experiência, como elemento determinante da análise crítica e implementação de novos procedimentos.

Ainda se tratando da Figura 3, verificou-se que o profissional E8, quanto à adoção de procedimentos novos, não tem nem sido comunicado nem tampouco treinado. Isto pode se dar em função de um isolamento pontual do profissional na equipe, da sua própria condição de assistente social, ou pode representar a ausência de um processo sistemático de comunicação/treinamento/acompanhamento.

As falas sobre essas práticas inovadoras demonstraram que os novos protocolos são normalmente expedidos pelos órgãos de conselhos de classe e, desse modo, não têm como fonte principal o conhecimento do próprio corpo clínico, ou seja, que há não indícios de que ocorra uma memória organizacional sistematizada que propicie a exploração do conhecimento, tida por March (1991) como um dos meios para a aprendizagem organizacional e que se obtém, essencialmente, por meio aproveitamento das competências atuais.

Consoante Gonzalez e Melo (2018), a exploração do conhecimento tem relação com a cultura de aprendizagem e a liderança colaborativa, questões que poderiam ser melhor aproveitadas pelos hospitais investigados.

Um exemplo de uma prática que implicou uma nova abordagem assistencial, relatada pelo gestor E1, foi a redistribuição dos leitos nas diversas unidades (UTI, enfermaria etc.), de modo a estabelecer um equilíbrio entre a oferta de mão-de-obra e a demanda de serviços, contribuindo, assim, para a melhoria do atendimento de saúde.

Uma questão levantada na entrevista disse respeito ao incentivo de encontros informais que permitissem a interação dos diversos profissionais. Os participantes declararam que tais encontros se dão em situações como confraternizações, ou até através de grupos em redes sociais (Whatsapp®). Todavia, não foi constatado um incentivo mais sistemático destes encontros, os quais contribuiriam para o desenvolvimento do *Ba*, que é a situação em que se favorece a troca de ideias, a sincronia de ritmos mentais e emocionais e o consequente compartilhamento de conhecimentos, como afirmam Nonaka, Toyama e Konno (2000). A respostas dos participantes E3 e E7 confirmaram esta constatação.

E3: Há, mas uma vez vou lhe dizer não de forma sistemática porque ainda essa necessidade, essa falha do hospital, mas há! Nós temos grupos de Whatsapp é uma ferramenta que de forma bem utilizada é extremamente eficaz, incentivamos para que as pessoas [...] mas sempre que possível incentivamos que os colaboradores tenham essas reuniões [...] A reunião social, extraoficial aquela reunião onde estreita laços.

E7: ... Não tem assim um incentivo formal, mas as equipes normalmente se organizam por conta própria, mas assim evento do hospital, por exemplo, comemoração do dia do médico [...].

Na última indagação, foi indagado aos participantes se as informações, protocolos e outros dados a respeito das práticas dos profissionais eram armazenados em sistemas de informação (SI) e se os funcionários teriam acesso aos dados em questão. A Tabela 3 sintetiza algumas respostas.

Tabela 3: Respostas dos profissionais quanto ao armazenamento e acesso a informações, protocolos e outros dados relevantes sobre as práticas do corpo de assistência – out.2017/abr. 2018

	Armazenamento em SI		Não informou	Acesso	
	Sim	Não		Sim	Não
Gestores	E2 e E3	E1	-	E1, E2, e E3	-
Profissionais	E6, E9, E10, E11 e E12	E5 e E8	E4, e E7	E4, E6, E7, E9, E10 e E12	E5, E8 e E11
Subtotal	7	3	2	9	3
Freq. relativa	58,3%	25%	16,7%	75%	25%
Exemplos de falas	E2: Sim! [...] tudo nosso aqui tem que ser protocolado, a gente não trabalha com nada de verbalmente, tem que ser todos protocolados.	E5: Não que eu saiba [...]. E11: É, não tem armazenamento digital [...], mas tenho acesso sim!		E6: Sim, o protocolo armazenado fica com a CCIH (um setor do hospital). E9: Sim. [...] Desde que seja pertinente a minha função.	E8: Não! [...] Inclusive eu estou tendo muita dificuldade para [...] entender o funcionamento de tudo.

Fonte: Dados da pesquisa

De acordo com a Tabela 3, dois gestores disseram que existiam sistemas que registravam e armazenavam os protocolos, as práticas e as ocorrências. No que tange ao acesso às informações, este ocorria conforme o tipo de atividade desenvolvida pelo profissional. Entretanto, quando consultados os profissionais diretamente ligados à assistência clínica, alguns informaram que não havia armazenamento e acesso a tais dados. Por outro lado, a maior parte dos respondentes assinalaram que sim, indicando tanto o armazenamento em si (58,3%) e acesso aos dados (75%).

Deve-se ressaltar que a memória organizacional adequadamente aplicada conduz ao desenvolvimento de sistemas capazes de capturar arquivos relevantes, estabelecer a categorização de representações de conhecimento, viabilizar mecanismos que favorecem a conexão dos conteúdos ao conhecimento humano, o que fomenta a criação e o compartilhamento de novos conhecimentos, e, por fim, propiciar a recuperação de representações de conhecimento que dão suporte a decisões nas empresas (PEREZ, RAMOS, 2013). O armazenamento e a recuperação de conhecimento devem se dar de forma flexível e de fácil acesso aos colaboradores, com a finalidade de melhorar a comunicação, como pontuam Arif e Shalhoub (2014). Neste sentido, não se constatou que existia uma deliberada preocupação com a coleta, armazenagem e compartilhamento dos conhecimentos entre os profissionais.

5 Conclusões

Os desafios cada vez mais crescentes para gestão do conhecimento organizacional exigem uma compreensão diferenciada, que não apenas considera o conhecimento explícito em manuais e roteiros programados, como também o conhecimento tácito e a forma de compartilhamento, como vistas à melhor exploração dos conhecimentos disponíveis dos profissionais.

Apesar do conhecimento se localizar nas pessoas, as organizações podem criar um ambiente organizacional em que os conhecimentos sejam compartilhados e desenvolvidos, ampliando as habilidades e competências das pessoas e dos times de trabalho.

Neste sentido, este trabalho buscou descrever a gestão de conhecimento dos hospitais, no que tange aos processos profissionais do corpo clínico assistencial, especialmente em relação à assistência de pacientes, na perspectiva tanto dos gestores como dos profissionais.

A pesquisa de campo, propiciada por meio de entrevistas, permitiu se obter algumas conclusões, quais sejam:

- a) não há uma política sistemática de capacitações nos hospitais investigados. Uma gestão que planeje, identifique oportunidades, e potencialize os conhecimentos oferece às organizações vantagens competitivas, em especial, em serviços de saúde;
- b) a interação social nos hospitais investigados se dá ao acaso e com pouca incidência, sem o reconhecimento da importância do *Ba*. Este, quando incentivado entre os membros da organização amplia o compartilhamento de conhecimentos, especialmente o conhecimento tácito. O *Ba* deve ser estimulado e ocorre por meio dos encontros informais. Apesar desta informalidade, as empresas devem estimular e viabilizar tais encontros. A Figura 4 ilustra os possíveis encontros *Ba* em uma

organização, representados pelos círculos. Considere-se que cada colaborador tem um percurso próprio, representado pelas linhas, e que se cruza com os caminhos dos demais membros. A frequência e a intensidade destes encontros podem variar. Determinados encontros podem não estabelecer as interações desejadas (cruzamento sem círculo). O ideal é que estas oportunidades ocorram e haja um ambiente favorável ao compartilhamento de conhecimentos;

Figura 4: Incidência e intensidade do Ba nas organizações

Fonte: Os autores

c) não se verificou um melhor aproveitamento dos conhecimentos do corpo clínico assistencial, *vis-à-vis* subsidiar as decisões referentes à incorporação de novas práticas na assistência aos pacientes, pois se verificou que as decisões se dão, via de regra, de maneira *topdown* nos hospitais pesquisados, sem considerar as contribuições que as pessoas das operações podem trazer;

d) não foi identificado um deliberado processo de memória organizacional, de forma que os diversos conhecimentos pudessem ser identificados, coletados e compartilhados. A ausência de uma memória organizacional ficou mais evidente em relação ao conhecimento tácito. Em parte, tal se deve à dificuldade de traduzir, armazenar e compartilhar o conhecimento tácito, todavia, os esforços no sentido de explorar este tipo de conhecimento podem ampliar as capacidades das organizações.

Por outro lado, foram verificadas algumas práticas organizacionais que convergem à adequada gestão do conhecimento, como o reconhecimento dos profissionais – quando estes desenvolvem formas novas de prestar assistência aos pacientes – e a adoção de reuniões periódicas para a discussão de casos clínicos.

Esta pesquisa oferece algumas limitações. Registre-se uma abordagem múltipla de obtenção de dados, como observação e pesquisa documental, poderia aprofundar o entendimento do tema nas unidades pesquisadas.

Outros estudos podem ampliar a compreensão do tema, como: a) pesquisas sobre a socialização do conhecimento tácito entre membros do corpo clínico assistencial; b) meios eficientes para a operacionalização da memória organizacional, com a consequente redução do tempo despendido em procedimentos que não agregam valor às organizações.

Agradecimentos

Esta pesquisa contou com o apoio do Centro Universitário UNIFACISA, por meio do Programa de Iniciação Científica (NUPEX/PROFICE).

Referências

AL-QDAH, M. S.; SALIM, J. A conceptual framework for managing tacit knowledge through ICT perspective. **Procedia Technology**, v. 11, p. 1188–1194, 2013.

- AKHAVAN, P.; JAFARI, M.; FATHIAN, M. Critical success factors of knowledge management systems: a multi-case analysis. **European Business Review**, v. 18, n. 2, p. 97-113, 2006.
- ARIE, M. J.; SHALHOUB, M. H. B. Critical success factors with its effective role in knowledge management initiatives in public and private organizations in Saudi Arabia: experts' perspectives. **Life Science Journal**, v. 11, n.6, p. 636-645, 2014.
- ASRAR-UL-HAQ, M.; ANWAR, S. A systematic review of knowledge management and knowledge sharing: trends , issues, and challenges. **Cogent Business & Management**, v. 3, n. 1127744, p. 1-17, 2016.
- BALCONI, M. **Codification of technological knowledge, firm boundaries, and “cognitive” barriers to entry.** (Working Paper). Unpublished manuscript, Università di Pavia, Pavia, 2007.
- BENDASSOLLI, P. F. Reconhecimento no trabalho: perspectivas e questões contemporâneas. **Psicologia em Estudo**, v. 17, n. 1, p. 37-46, jan./mar. 2012.
- BHATNAGAR, N.; GOPALASWAMY, A. Identifying employee competencies that contribute to development of service innovations in family firms. In: EURAM CONFERENCE. **Anais eletrônicos...** p. 0-34, 2017. Glasgow.
- BROCKMANN, E. N.; ANTHONY, W. P. Tacit knowledge and strategic decision making. **Group & Organization Management**, v. 27, n. 4, p. 436-455, 2002.
- BUSCH, P. **Tacit knowledge in organizational learning.** Hershey: IGI Publishing, 2008.
- CALIGARI, R. **Gestión del Conocimiento** - La experiencia de Petrobras. (Consultado 2011 junio 30). Disponible en: <http://www.learningreview.com/articulos-y-entrevistas-gestion/147-gestielconocimiento-la-experiencia-de-petrobras>. Acesso: 29. Abr. 2017.
- CHUANG, C.-H.; JACKSON, S. E.; JIANG, Y. Can knowledge-intensive teamwork be managed? Examining the roles of HRM systems, leadership, and tacit knowledge. **Journal of Management**, v. 42, n. 2, p. 524-554, 2016.
- COSTA, R. G. G. da; REZENDE, J. F. de C. Strategic alignment of knowledge management and value creation: implications on to an oil and gas corporation. **RAUSP Management Journal**, n. 53, p. 241-252, 2018.
- DANE, E.; PRATT, M. G. Exploring intuition and its role in managerial decision making. **Academy of Management Review**, v. 32, n. 1, p. 33-54, 2007.
- D'ARISBO, A.; CISLAGHI, T. P.; FACHINELLI, A. C.; LARENTIS, F. Criação de conhecimento sob a ótica da aprendizagem organizacional em uma empresa criativa. **Rev. Adm. UFSM**, Santa Maria, v. 9, n. 1, p. 83-101, jan.-mar., 2016.
- DIMITRIOS, K. Knowledge based management in the health system. **Review of International Comparative Management**, v. 13, n. 2, 2012.
- DUMOND, J.; MARTINIAULT, X. Managerial competencies and artistic competencies: sketch of a rapprochement. In: EURAM CONFERENCE. **Anais eletrônicos...** p. 0-34, 2017. Glasgow.
- FARIAS, D. C.; ARAUJO, F. O. de. Gestão hospitalar no Brasil: revisão da literatura visando ao aprimoramento das práticas administrativas em hospitais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n.6, p.1895-1904, 2017.
- FÁTIMA, A. C. de; NASTASI JUNIOR, E.; LIMA JUNIOR, F. R. Uma ferramenta para avaliação do nível de maturidade da gestão do conhecimento organizacional. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**. v. 6 (supl. 2), p.873-90, abr., 2015.
- FLORES, J. G. **Análisis de datos cualitativos:** aplicaciones a la investigación educativa. Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias, 1994.
- GROTTO, D. Um olhar sobre a gestão do conhecimento. **Revista de Ciências de Administração**, ano 3, n.6, set. 2001.
- INSCH, G. S.; MCINTYRE, N.; DAWLEY, D. Tacit knowledge : a refinement and empirical test of the academic tacit

- knowledge scale. **The Journal of Psychology**, v. 142, n. 6, p. 561–579, 2008.
- JANNUZZI, C. S. C.; FALSARELLA, O. M.; SUGAHARA, C. R. Gestão do conhecimento: um estudo de modelos e sua relação com a inovação nas organizações. **Perspectivas em Ciência da Informação**, v. 21, n. 1, p. 97–118, 2016.
- JANUS, S. S. **Becoming a knowledge-sharing organization: a handbook for scaling up solutions through knowledge capturing and sharing**. Washington: World Bank Group, 2016.
- LAM, A. Tacit knowledge, organisational learning and innovation: a societal perspective. **DRUID Working Paper**, DRUID Working Paper, n. 98–22, 1998.
- LIMA, M. O. S. de S.; RAMOS, L. M. A. Governança clínica: desafios e inovação do Hospital Márcio Cunha na gestão do corpo clínico. **Revista Ciência e Saúde**, v.2, n. 2, p. 56-62, 2016.
- LUCENA, F. DE O. Conhecimento tácito nos processos decisórios não-estruturados. 2016. 135f. Tese (Doutorado em Administração) - Programa de Pós-Graduação em Administração, Universidade Presbiteriana Mackenzie (UPM), São Paulo, 2016.
- MILLER, K. D.; ZHAO, M.; CALANTONE, R. J. Adding interpersonal learning and tacit knowledge to March's exploration-exploitation Model. **Academy of Management Journal**, v. 49, n. 4, p. 709–722, 2006.
- NATH, A. K. Web 2.0 for knowledge management in organizations and their effects on tacit knowledge sharing and perceived learning. **Journal of Accounting - Business & Management**, v. 22, n. 2, p. 11–22, 2015.
- NONAKA, I.; TAKEUCHI, H. Teoria da criação do conhecimento organizacional. In: TAKEUCHI, H.; NONAKA, I. (Orgs.); **Gestão do conhecimento**. Porto Alegre: Bookman, 2008. p. 54–90.
- NONAKA, I.; TOYAMA, R.; KONNO, N. SECI, Ba and leadership : a unified model of dynamic knowledge creation. **Long Range Planning**, v. 33, p. 5–34, 2000.
- OSINSKI, M.; ROMAN, D. J.; SELIG, P. M. Compartilhamento de conhecimento: estudo bibliométrico das publicações acadêmicas realizadas de 1994 a 2014. **Perspectivas em Ciência da Informação**, v.20, n.4, p.149-162, out./dez. 2015.
- PEREZ, G., RAMOS, I. Understanding organizational memory from the integrated management systems (ERP). **JISTEM - Journal of Information Systems and Technology Management**, Brazil, v. 10, n. 3, p. 541-560, sept./dec. 2013.
- POPOVSKY, V.; NIKOLIC, S. The significance of the organizational knowledge for acquiring competitive advantage on the telecommunication market in the Republic of Macedonia. **Economic Development**, n. 1-2, p. 31-47, 2014.
- POLANYI, M. **Personal knowledge**. Chicago: The University of Chicago Press, 1962.
- ROGERS, P.; BLENKO, M. W. Who has the D? How clear decision roles enhance organizational performance. **Harvard Business Review**, p. 52-61, jan. 2006.
- ROSSÉS, G. F.; SCCOTT, C. R da C.; GODOY, L. P.; SILVA, A. F. da; VIERO, C. A gestão por processos e as atividades intensivas em conhecimento: um estudo na indústria de bebidas. **Rev. Adm. UFSM**, Santa Maria, v. 10, n. 3, p. 386-401, jul./set. 2017.
- SANTOS, E. A.; LIMA, E.; RODRIGUES, L. C. Aprendizagem organizacional em microempresas: seu processo na tomada de decisão de equipes de direção. **Revista de Ciências da Administração**. v. 17, n. 43, p. 72-85, dez. 2015.
- SCHOUT, D. Os indicadores e a gestão da assistência nos serviços de saúde. **Gestão & Saúde**, v. Ano 2, n. 3, 2007.
- SEDIGHI, M.; ZAND, F. Knowledge management: review of the critical success factors and development of a conceptual classification model. **Proceedings of the International Conference on ICT and Knowledge Engineering**, p. 1-9, 2012.
- SILVA, Y. C.; ROQUETE, F. F. Competências do gestor em serviços de saúde: análise da produção científica, no

período de 2001 a 2011. **Revista de Administração em Saúde**, v. 15, n. 58, p. 2–12, 2013.

SOUZA, V. P.; CARVALHO, R. B. DE. Gestão do conhecimento no âmbito da administração hospitalar: proposta de modelo conceitual integrativo para gestão do corpo clínico. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, v. 4, n. 2, p. 97–112, 2015.

SUTTON, J.; AUSTIN, Z. Qualitative research: data collection, analysis, and management. **Canadian Journal of Health Organization and Management**, v. 68, n. 3, may-june 2015.

TAKEUCHI, H.; NONAKA, I. Criação e dialética do conhecimento. In: TAKEUCHI, H.; NONAKA, I. (Orgs.); **Gestão do conhecimento**. Porto Alegre: Bookman, 2008.

VAN OS, A.; GILDER, D. DE; VAN DYCK, C.; GROENEWEGEN, P. Responses to professional identity threat: identity management strategies in incident narratives of health care professionals. **Journal of Health Organization and Management**, v. 29, n. 7, p. 1010-1028, 2015.

VELLOSO, M. C. M.; FRANKLIN, M. A.; DAGUANO, P. Z.; SIMARO, P. A.; VIERSA, C. W., RIBOLDI, P. R. Gestão do conhecimento aplicado a serviços hospitalares: um estudo empírico em um hospital privado. **FACEF Pesquisa: Desenvolvimento e Gestão**, v.18, n.2 - p.149-166, mai./ago. 2015.

VENZIN, M.; KROGH, G. VON; ROOS, J. Future research into knowledge management. In: KROGH, G. R. VON; JOHAN, R.; KLEINE, D. (Orgs.); **Knowing in firms: understanding, managing and measuring knowledge**. London: Sage, 1998, p.26–66.

WAI, Y. M.; HONG, A. N. H.; DIN, S. Critical success factors and perceived benefits of knowledge management implementation: towards a conceptual framework. **Australian Journal of Basic and Applied Sciences**, v. 5, n. 10, p. 754-760, 2011.

WILSON, T. D. A problemática da gestão do conhecimento. In: TARAPANOFF, K. **Inteligência, informação e conhecimento em corporações**. Brasília: IBICT; UNESCO, 2006. p. 37-55.

YIN, R. K. **Estudo de casos: planejamento e métodos**. Porto Alegre: Bookman, 2015.

ZIEBA, M.; ZIEBA, K. Knowledge management critical success factors and the innovativeness of KIBS companies. **Engineering Economics**, v. 25, n. 4, p. 458-465, 2014.

Submetido em: 25.01.2020

Aceito em: 11.06.2020