



Universidade de Brasília
Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade - FACE
Departamento de Administração

Especialização em Gestão Pública em Saúde

**GESTÃO DO CONHECIMENTO EM PROJETOS DE SAÚDE PÚBLICA:
O PROJETO DE REESTRUTURAÇÃO DE HOSPITAIS PÚBLICOS**

CAMILA CASTRO CUNHA

Prof. Dr. Edgar Reyes Junior

Orientador

Brasília

2016

RESUMO

Esse artigo de cunho qualitativo descritivo tem por objetivo uma análise sob a ótica da gestão do conhecimento de um projeto desenvolvido do âmbito do SUS, que tem o propósito de reestruturação de hospitais públicos por meio de gestão por processos, padrões de acreditação e sistematização. Para tanto, a análise foi orientada pelo conceito desenvolvido por Nonaka e Takeuchi “espiral do conhecimento” que demonstra as formas de conversão do conhecimento, as quais foram observadas dentro de quatro hospitais públicos por meio de entrevista e análise documental de seis anos de projeto. Conclui-se do estudo que, aspectos relacionados ao comprometimento dos gestores quanto ao projeto e mudanças de gestão nos hospitais podem influenciar diretamente no processo de socialização e de internalização na conversão do conhecimento na organização.

Palavras-chave: Espiral do Conhecimento, Gestão do Conhecimento, Administração Pública.

1. INTRODUÇÃO

Na história recente da gestão pública brasileira, desde a redemocratização até a atualidade, os processos administrativos públicos passaram por mudanças que buscaram adequar o perfil de gestão brasileira ao novo perfil histórico do país. Com a transição dos modelos tradicionais de gestão para o modelo contemporâneo o capital intelectual passou a ser o maior diferencial tanto na gestão empresaria quanto na gestão pública. O conhecimento aplicado e compartilhado passou a ser um fator importante para o sucesso organizacional.

A gestão pública brasileira atualmente tem como desafio o aprimoramento gerencial, buscando sempre os resultados que mais se adequam as necessidades do cidadão. Como apresentado no Instrumento para Avaliação da Gestão Pública Brasileira – Gespública, o Modelo Referencial da Gestão Pública foi desenvolvido a partir de três premissas: a gestão pública brasileira deve estar alinhada aos princípios da gestão contemporânea; a gestão pública, deve estar baseada nos valores constitucionais e princípios legais brasileiros; a gestão pública se aplica a todo Estado e por isso todos os órgãos e entidades públicos dos três poderes e das três esferas de governo devem trabalhar em consonância (Gespública, 2014). Nesse cenário contemporâneo da gestão pública

brasileira o conhecimento tornou-se um fator gerador de riquezas tendo mais destaque na gestão do que o capital e trabalho. Por isso, a gestão desse conhecimento desde a identificação até sua aplicação torna-se cada vez mais importantes (Stewart, 1998).

Na administração pública, a Gestão do Conhecimento auxilia o enfrentamento de novos desafios, implementa práticas inovadoras e melhora a qualidade dos processos, produtos e serviços públicos em benefício do cidadão-usuário e da sociedade em geral.

Seguindo a linha da gestão pública contemporânea a Gestão do Conhecimento pode ser utilizada para aumentar a capacidade organizacional e alcançar a excelência por meio da melhoria dos processos internos, desenvolvimento de competências essenciais e planejamento de estratégias inovadoras.

A Gestão do Conhecimento, segundo Rossato (2002) é "um processo estratégico contínuo e dinâmico que visa gerar o capital intangível da empresa e todos os pontos estratégicos a ele relacionados e estimular a conversão do conhecimento. Deste modo deve fazer parte da estratégia organizacional e ter sua implantação garantida e patrocinada pela alta gerência, a quem deve estar subordinado todo o processo de Gestão do Conhecimento".

Em 2012 o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA lançou o modelo de gestão do conhecimento para a administração pública brasileira com o objetivo de alinhar o tratamento de tal conceito, argumentando que é necessário um modelo genérico na administração pública que atenda de forma mais específica as necessidades da gestão pública, de uma forma holística e com foco em resultados. (Batista, 2012)

Na administração contemporânea a parceria público-privado (PPP) surge como uma nova forma de gestão dos serviços público que visa a mudança de padrão de relacionamento entre o setor público e o privado em busca de bem estar social por meio de uma relação cooperativa.

No âmbito da saúde pública, além das tradicionais parcerias público-privadas de concessões e convênios, praticadas prevalentemente por entidades filantrópicas, um novo modelo de gestão surge, a gestão intersetorial de políticas públicas por meio articulações realizadas por transferências parciais de competências públicas em função do bem estar social.

Nesse contexto, surge em 2008 o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS) que permite a participação de hospitais privados filantrópicos com reconhecida excelência no desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Considerando a importância da discussão acerca das práticas na gestão pública em saúde relacionadas a gestão do conhecimento, o presente artigo traz como foco a abordagem dos processos de transferência e criação do conhecimento dentro de instituições públicas saúde, tendo como base a implementação de um projeto de desenvolvimento em uma mostra de hospitais do Sistema Único de Saúde.

Assim, com a associação da teoria da gestão do conhecimento com o estudo de caso do projeto conduzido pelo PROADI-SUS surge a seguinte questão de pesquisa: como se deu a gestão do conhecimento no âmbito de projeto de reestruturação de quatro hospitais públicos desenvolvido no programa do PROADI-SUS?

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Gestão do conhecimento

A Gestão do Conhecimento abrange as atividades relacionadas com a captura, uso e compartilhamento do conhecimento pela organização. Exemplos: compartilhamento de informação entre os setores da organização, estímulo a trabalhadores experientes para que eles transfiram seu conhecimento para trabalhadores novos ou com menos experiência, emprego de recurso para internalizar conhecimentos externos, preparação de documentação como artigos, manuais de treinamento, etc. (Batista,2012).

Para Polanyi (1966) o conhecimento é público, mas também é, em grande dimensão, pessoal, ou seja, é obra de seres humanos e por isso está repleto de emoções. Partindo deste pressuposto pode-se concluir que o conhecimento é fruto da associação de conceitos que se baseiam na vivência pessoal do objeto envolvido, ou seja, não basta apenas a informação deste objeto, é necessária a vivência dele.

Nonaka e Takeuchi (1997) desenvolveram um modelo para análise da criação do conhecimento organizacional, conhecido como “Espiral do Conhecimento”. Os autores demonstram que a criação de novos conhecimentos organizacionais advém de uma

sequência de transformações por meio da “conversão do conhecimento tácito em conhecimento explícito”.

Para Melo (2003) o conhecimento tácito se origina de experiências inerente ao indivíduo como elemento observador de seu universo por diversos cenários. É um conhecimento entranhado que muitas vezes não é sabido pelo próprio possuidor. Características que o torna difícil de ser interpretado, sistematizado com o uso da linguagem e disponibilizado integralmente em sua forma e essência (Silva, 2002).

Esse tipo de conhecimento possui habilidades informais de difícil detecção, como é o caso do know-how. Ele é de construção e incorporação pessoal, está na linha da cognição baseado em crenças, valores, ideais e modelos mentais presentes em cada pessoa (Nonaka e Takeuchi, 1997).

O conhecimento explícito, por sua vez, é objetivo, transmitido em linguagem formal e sistemática, retrata o que está externalizado, escrito, divulgado, conhecimento documentável. É aquele capaz de ser capturado e convergido numa nova informação, razão pela qual ele se torna mais moroso.

De acordo com Nonaka e Takeuchi (1997) há uma interação entre os conhecimentos explícitos (objetivo) e o conhecimento tácito (subjetivo), pois é a partir do conhecimento inerente ao indivíduo, o tácito, que é produzido o conhecimento explícito que por sua vez é codificado em uma informação, levado a domínio público e assim tornando-se capaz de induzir um novo conhecimento tácito. Esse ciclo é conhecido como a “conversão do conhecimento”.

Mais que um acervo do conhecimento, a gestão do conhecimento envolve questões estratégicas, de competência, sistemas de dados e informações. Numa avaliação genérica seria um processo sistemático de identificação, criação, renovação e aplicação dos conhecimentos que são estratégicos na vida de uma organização.

2.2 Criação do conhecimento Organizacional (Nonaka e Takeuchi)

Nonaka e Takeuchi desenvolvedores da teoria da criação do conhecimento organizacional, defendem que o modelo dinâmico da criação do conhecimento é ancorado no pressuposto de que o conhecimento humano é criado e difundido através do contato social entre o conhecimento tácito e o explícito.

Diferente dos conceitos de desenvolvidos no ocidente que consideram o processo de conhecimento como algo que vem de fora para dentro de uma organização, Nonaka e Takeuchi defendem que além desse processo internalizador uma organização também constrói seu conhecimento de dentro para fora, afim de redefinir tanto os problemas quanto as soluções e, nesse processo, recriar seu meio, tornando assim um ambiente mais autônomo para a criação do conhecimento baseado na conversão do conhecimento tácito.

O processo de criação do conhecimento surge da interação do conhecimento tácito e do explícito por meio da mobilidade e conversão do conhecimento que ocorrem em quatro etapas: socialização, externalização, combinação e internalização.

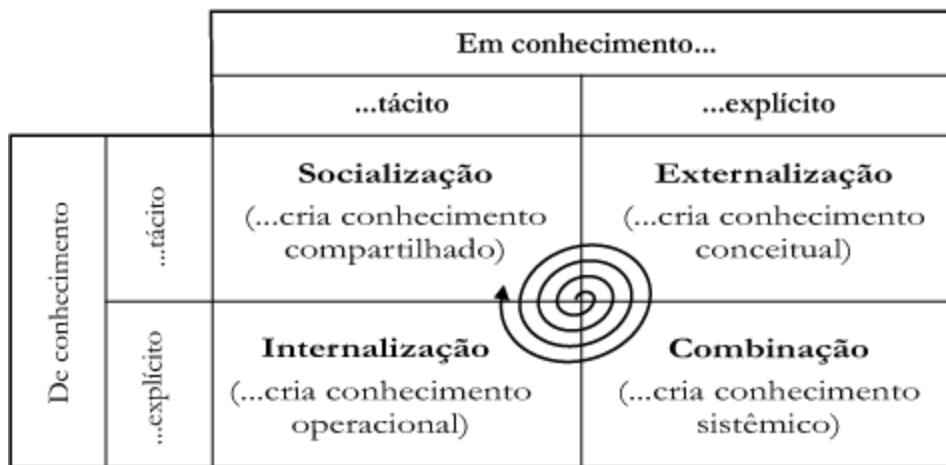


Figura 1. O modelo SECI (a espiral do conhecimento)

Fonte: Nonaka e Takeuchi (1997)

O processo de conversão do conhecimento é inicializado na socialização onde ocorre a transformação do conhecimento tácito em conhecimento tácito. É onde se dá o compartilhamento de experiências que pode ser adquirido diretamente de indivíduo para indivíduo sem a utilização necessária de linguagem ou forma de aprendizado. Há uma menor incidência de registros formais. Mecanismos de observação, imitação e prática são utilizados sendo que a base é a experiência. O funcionário ensinado suas atividades de rotina é um exemplo.

A segunda etapa se dá na externalização marcada pela evolução do conhecimento tácito para conhecimento explícito. Onde o conhecimento toma forma de metáforas, analogias, conceitos, hipóteses ou modelos, torna-se conhecimento transmissível. Nesta fase é onde efetivamente são gerados novos conhecimentos e ideias, porém pode haver

perdas de informações pois depende da clareza e habilidade da transmissão do indivíduo e da forma como o receptor interpreta e assimila. O cientista levanta novas hipóteses que constituirá um artigo científico, por exemplo.

A terceira etapa é a combinação onde os indivíduos trocam e combinam o conhecimento através de documentos, reuniões, conversas telefônicas ou redes computadorizadas. Há uma reconfiguração do conhecimento nesta etapa, pode haver adição, supressão e combinação de novos conhecimentos. No mestrado há uma combinação de vários conhecimentos explícitos.

Por fim a internalização onde há a incorporação do conhecimento explícito em tácito, onde observa-se o aprendizado organizacional. Quando as experiências através da socialização, externalização e combinação são internalizadas na forma de modelos mentais ou know-how técnico, torna-se um patrimônio valioso. Os indivíduos são convidados a adquirirem novos conhecimentos tácitos a partir dos conhecimentos explícitos produzidos para que posteriormente sejam ressocializados, iniciando a espiral do conhecimento.

Também são identificados pelos autores os conhecimentos produzidos em cada uma das etapas que são:

Conhecimento compartilhado, fruto da socialização e se dá pela interação entre as pessoas que compartilham seus conhecimentos tácitos. Conhecimento conceitual que é a externalização do conhecimento, onde um conjunto de conhecimentos tácitos dá origem a um novo conhecimento explícito. O conhecimento sistêmico orienta a fase da combinação, onde o conhecimento explícito orienta o desenvolvimento de um novo processo, um novo conhecimento explícito. E por fim, o conhecimento operacional onde esse novo processo é difundido em massa por meio da internalização, ou seja, o conhecimento sistêmico é reproduzido que internalizam e geram novo conhecimento tácito, dando assim início a um novo ciclo de criação do conhecimento.

2.3 Gestão do conhecimento no Serviço Público

Os ativos intangíveis (conhecimento) são protagonistas na gestão contemporânea pois configuram como forma de assegurar o alcance dos objetivos estratégicos e a melhoria de processos, produtos e serviços em benefício do cidadão-usuário e da

sociedade em geral. Gerenciar o conhecimento é o novo desafio da administração pública para que ela conquiste serviços mais efetivos que possam atender com maior qualidade a sociedade. (Batista,2012).

Na definição da Gestão do Conhecimento do Comitê Executivo do Governo Eletrônico (Cege) foi destacada sua importância para o aumento das habilidades individual do gestor público ao entender que a gestão do conhecimento é como um conjunto de processos sistematizados, integrados e proativos, que podem enriquecer as habilidades dos gestores públicos em arquitetar, processar, repassar e distribuir conhecimentos estratégicos que podem auxiliar na gestão de políticas públicas, para a tomada de decisões e para a inserção do cidadão brasileiro como gerador de conhecimento. (Brasil, 2004).

Para Paixão (2004) as organizações também estão sendo avaliadas pelo seu bem intangível e por essa razão cresce a busca pela gestão do conhecimento como uma estratégia competitiva. Na administração pública a gestão do conhecimento traz novas práticas que auxiliam no atendimento da demanda por parte dos cidadãos por maior eficiência na utilização dos recursos públicos que cada vez estão mais escassos.

Colauto e Beuren (2003) defendem o conhecimento individual ampliado como um bem da organização, e em uma organização hospitalar o seu maior ativo está no conjunto de conhecimento gerado por médicos, enfermeiros e todo o corpo hospitalar ligado ao cuidado médico e ao ambiente operacional e tecnológico que envolve a organização. A gestão do conhecimento em ambiente hospitalar é responsável por identificar e monitorar ativos intangíveis capazes de gerar vantagem competitiva para a organização.

3. METODOLOGIA

Este trabalho de cunho qualitativo descritivo analisa a ocorrência da espiral do conhecimento na execução de projeto de reestruturação de hospitais públicos brasileiros, no seu desenvolvimento, desde a criação do conhecimento tácito dos gestores do projeto e funcionários do hospital executor do projeto até sua interação com os hospitais receptores do projeto e seus participantes selecionados, por meio do conhecimento explicitado.

O período de análise do projeto está compreendido entre o início da proposta em 2008 até 2014, quando finda o segundo triênio de execução do projeto.

O projeto foi aplicado inicialmente em quatro hospitais públicos localizados no estado de Salvador, Recife, Minas Gerais e em Brasília, identificados como H1, H2, H3 e H4 consecutivamente, os quais serão objetos de análise deste trabalho.

Neste contexto foi desenvolvido o processo de formação do conhecimento nas instituições atendidas, onde a interação do conhecimento tácito e explícito foram observados e fizeram parte do cotidiano das relações existentes entre profissionais do Ministério da Saúde, profissionais do hospital desenvolvedor do projeto, consultores e profissionais dos hospitais onde o projeto foi desenvolvido. A partir dos dados obtidos por meio de relatórios, documentação geral acerca do projeto protocoladas no Ministério da Saúde e entrevista, as etapas de conversão do conhecimento puderam ser identificadas.

A metodologia aplicada abrange duas etapas:

Análise documental que teve como objetivo extrair informações quanto ao campo do conhecimento explícito identificado na execução do projeto nos hospitais em análise, tendo como base informações acerca da execução do projeto dentro dos hospitais assistidos. Os dados foram extraídos dos relatórios anuais submetidos aos técnicos do Ministério da Saúde responsáveis pelo acompanhamento e avaliação do projeto, pareceres técnicos e carta-consulta, forma de apresentação da proposta de projeto ao Ministério da Saúde pelos hospitais de excelência reconhecida, integrantes do PROADI-SUS.

Além disso, foi realizada entrevista semiestruturada onde se buscou extrair informações quanto ao campo do conhecimento tácito. Composta de informações e opiniões espontâneas relacionadas a como se deu a implementação e a percepção quanto a aceitabilidade e desenvolvimento do projeto. As informações foram obtidas por meio de tomada de notas via e-mail (anexo I) com questões pré-elaboradas conforme questionamentos surgidos após a leitura documental do projeto. As questões foram submetidas a um dos gestores do projeto dentro do hospital de excelência integrante do PROADI-SUS, identificado como E1. Os dados passaram então por análise de conteúdo segundo Bardin.

4. ANÁLISE E DISCUSSÃO

O Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS) foi desenvolvido pelo Ministério da Saúde juntamente com Hospitais de Reconhecida Excelência certificados conforme regras estabelecidas na Lei Federal nº 12.101 – Art. 4º. O programa realiza a gestão de projetos de desenvolvimento desde 2009 em parceria com seis hospitais atualmente reconhecidos como de excelência, sendo 5 localizados no estado de São Paulo e um localizado no Rio Grande do Sul. A gestão dos projetos é realizada em ciclos de três anos. Os projetos devem estar em consonância com as áreas de atuação estabelecidas pela Lei Federal nº 12.101 que são: I - estudos de avaliação e incorporação de tecnologias; II - capacitação de recursos humanos; III - pesquisas de interesse público em saúde; ou IV - desenvolvimento de técnicas e operação de gestão em serviços de saúde. Os projetos são apresentados pelos hospitais de excelência reconhecida ao Ministério da Saúde que realiza a análise e os submetem ao Comitê Gestor do PROADI-SUS para deliberação. Esses projetos são desenvolvidos com o recurso despendido pela entidade de saúde, não sendo permitido despende recursos inferiores ao valor total das isenções usufruídas a que tem direito em função da Certificação como Entidade Beneficente de Assistência Social em Saúde (CEBAS-SAÚDE). Estas informações são extraídas da portaria 2.814/GM/MS de 2014 que regulamenta o PROADI-SUS.

Antes da criação do PROADI-SUS, os hospitais de excelência reconhecida concebiam sua filantropia e isenção de impostos por meio da oferta de serviços gratuitos à população. Dessa forma não havia o envolvimento direto do gestor público no controle e destinação desses projetos que pudessem levar em conta as prioridades definidas pelo SUS. Para tanto, o PROADI-SUS uniu o poder público ao setor privado de uma forma a trazer soluções estratégicas que buscassem melhorias para o SUS e além disso possibilitou ao Ministério da Saúde o monitoramento dos recursos da filantropia empregados por meio do programa. (Brasil, 2013)

O projeto em análise está em consonância com a área IV de atuação: desenvolvimento de técnicas e operação de gestão em serviços de saúde, e foi desenvolvido pelo Ministério da Saúde em parceria com um dos hospitais com excelência reconhecida e integrante do programa PROADI-SUS. O projeto teve como objetivo a estruturação de quatro hospitais públicos, selecionados pelo Ministério da Saúde, que se deu por meio de “capacitação das equipes de qualidade e segurança, disseminando a

cultura da Gestão baseada em evidências, bem como os padrões mundiais de qualidade; promoção da busca de referenciais comparativos junto aos hospitais públicos já acreditados pela Metodologia da Joint Commission International (JCI); implementação da metodologia de gestão por processos com consequente reavaliação de custos; implantação do Sistema Eletrônico de Gestão e Prescrição e certificação dos hospitais públicos indicados pelo Ministério da Saúde.” (Relatório anual dos projetos de apoio ao desenvolvimento institucional do SUS – 2009)

Nesse contexto apresentado foi analisado o processo de conversão do conhecimento organizacional, o qual ocorreu da seguinte forma:

A socialização se deu antes da construção do projeto. A Lei 12.101 de 2009 que estabeleceu as quatro áreas de atuação dos projetos a serem desenvolvidos, possibilitou que os hospitais integrantes do PROADI-SUS identificassem o melhor meio de aplicabilidade do conhecimento adquirido, seu know-how, conforme depreendido da fala de E1. Foi o momento em que os gestores do projeto se reuniram por meio de encontros para a formalização de uma ideia piloto e buscaram a melhor forma de propagar um conhecimento já desenvolvido na instituição associando-o às necessidades do SUS. Dando assim início à proposta de projeto, denominada carta-consulta onde o hospital promotor do projeto apresenta suas intenções para que seja autorizado pelo Ministério da Saúde. Tais dados foram extraídos da portaria 2.814/GM/MS de 2014.

Após aprovação do projeto, o processo de externalização pode ser identificado na formulação dos procedimentos a serem executados ao longo do projeto. Quando a ideia foi passada ao grupo responsável pela implementação, o qual realizou o levantamento dos procedimentos a serem realizados para atender os objetivos do projeto. Uma equipe de consultores em acreditação hospitalar da JCI foi contratada para fazer parte dessa formulação do projeto por meio da elaboração do plano de melhorias. Após o projeto ser submetido ao Ministério da Saúde, ele passou por análise técnica e posteriormente foram indicados os quatro hospitais que foram acompanhados. Tais procedimentos foram extraídos do Relatório anual dos projetos de apoio ao desenvolvimento institucional do SUS – 2009.

Conforme E1 o projeto foi apresentado da seguinte forma: “Os hospitais públicos eram selecionados pelo Ministério da Saúde, e era feita uma apresentação do projeto no hospital e secretaria de saúde” dos municípios onde os hospitais estão localizados pelo

Ministério da Saúde e teve a anuência de seus gestores que se comprometeram a realizar o que fosse necessário à aplicação do projeto. O projeto volta a ser socializado. Um grupo composto por gestores do hospital executor do projeto, por consultores, pela direção de cada hospital atendido e por facilitadores selecionados para estarem a frente do projeto, foi construído para a formulação de estratégia de divulgação e acompanhamento do projeto e para a adequação da proposta a cada hospital atendido, como consta em relatório anual 2010. Momento que caracteriza a externalização do conhecimento, transformando o que estava no campo das ideias, o tácito, em atividades a serem desempenhadas nos hospitais, o explícito.

Deve-se destacar que a definição das atividades foi baseada nas necessidades e perfil de cada hospital assistido, de acordo com padrões de qualidade e segurança e baseado no levantamento realizado pelas equipes de cada hospital. “Além do resultado das avaliações, foi considerado o perfil de cada unidade, atividades de auto-avaliação realizadas com os consultores e profissionais do HAOC para identificar quais melhorias podem ser programadas, e que treinamentos precisam ser realizados.” Essa informação foi extraída Relatório anual dos projetos de apoio ao desenvolvimento institucional do SUS – 2009 e caracteriza um momento de socialização pelo compartilhamento de experiências.

A combinação pôde ser observada nas atividades executadas após formulação do perfil de necessidades para acreditação em qualidade em cada hospital. Segundo o relatório anual de 2009 foram executadas atividades como: processos de educação e preparação para acreditação internacional, realização de avaliações diagnósticas ou de educação externas, e planejamento de ações de melhoria de processos internos nos hospitais; monitoramento da qualidade e desempenho de unidades de alta complexidade, por meio de medidas risco ajustadas e do cálculo de escores validados para o ambiente da Terapia Intensiva e de informações clínico-epidemiológicas por meio do Sistema Epimed®; levantamentos e estudos de requisitos técnicos para implantação da rede lógica e implantação de Sistema informatizado de Gestão Hospitalar.

A internalização pôde ser identificada após o término de cada ciclo de atividades, quando as experiências através das três etapas anteriores, socialização, externalização e combinação, foram absorvidas e transformadas em modelos mentais e know-how técnico dos hospitais. A cada 6 meses os hospitais passaram por uma avaliação diagnóstica pela

metodologia de Acreditação Internacional da JCI para analisar a conformidade de cada hospital em relação aos 1.033 elementos de mensuração. Avaliações externas de educação realizadas por equipe de avaliadores do Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA), também foram periodicamente promovidas para avaliar os resultados relativos a capacitação de profissionais nos hospitais, conforme consta nos relatórios anuais de 2009, 2010 e 2011. A partir deste momento são identificados dois caminhos no processo que direcionam as atividades em duas formas: socialização do conhecimento adquirido. Por meio dos multiplicadores, onde o conhecimento tácito adquirido será novamente socializado, iniciando assim um novo espiral do conhecimento. E a reformulação dos procedimentos adotados no projeto. As atividades que tiveram baixo índice de sucesso, conforme verificação dos indicadores no momento da internalização do conhecimento, como por exemplo, as capacitações realizadas no hospital H2 e o resultado da análise de conformidade com a acreditação internacional nos quatro hospitais, passaram por um plano de melhorias para alcançar um maior padrão de conformidade nas próximas avaliações externas. As necessidades e estruturas de cada hospital atendido foram levadas em consideração na reformulação, conforme a indicação de cada hospital. Iniciou-se assim um novo espiral do conhecimento.

Foram identificadas as seguintes problemáticas ao decorrer do projeto:

Segundo relatórios anuais de 2010 e 2012, o H4 ao longo do período que foi assistido apresentou dificuldades quanto ao grau de proatividade na tomada de decisões da equipe, apesar da motivação apresentada. Para tanto foi necessário um aperfeiçoamento nas estratégias da etapa de socialização com a elaboração de oficinas de apresentação e discussão dos planos de atividades para o hospital. Em 2011 houve a saída de toda a diretoria, o que comprometeu a continuidade do projeto, que ficou suspenso até a apresentação da nova diretoria. Ao retornar as atividades verificou-se a diminuição de 72% do grupo facilitador o que demandou nova estratégia de envolvimento do grupo e da nova gestão hospitalar. “Em maio de 2011 foi ao H4 toda a equipe responsável (TI, consultores) para abertura do projeto a partir dos levantamentos realizados. Neste encontro foi informado que houve, na mesma data, a saída de toda diretoria da instituição. A continuidade do projeto foi suspensa até decisão da nova diretoria. Em agosto de 2011, foi realizada uma reunião entre hospital desenvolvedor e a nova direção do H4, onde se definiu o interesse em permanecer no projeto. A partir deste encontro foi agendado treinamento do novo manual e reunião com grupo facilitador. Nesta ocasião percebeu-se

a diminuição em massa do grupo facilitador, com apenas 17 participantes (antes 62).” (Relatório anual 2011– adaptado). Esse procedimento não afastou o déficit nos resultados das atividades desenvolvidas. O desenvolvimento do projeto para o ano seguinte foi comprometido e como consta no relatório de 2012 foi encerrada a participação do hospital H4, conforme orientação do Ministério da Saúde, o que comprometeu o processo de internalização do aprendizado no mesmo.

No hospital H1 também houve troca de direção que também gerou descontinuidade no processo de reestruturação devido à falta de tomada de decisão da liderança do hospital. Mais uma vez foi identificada a falha no modo de socialização do projeto que pôde posteriormente ser sanado com o reestudo dos processos. No caso Bacen e Embrapa de Paixão (2004), também foi identificada a mudança da alta administração da organização que impactou diretamente continuidade do projeto, o que causa morosidade nos processos e retrabalho quanto a assimilação do projeto pela nova equipe e também quanto a mudança da equipe.

Em 2011 foi elaborado pelo hospital desenvolvedor do projeto um contrato de metas e responsabilidades para cada hospital atendido “em virtude do baixo comprometimento para algumas atividades do projeto, para o próximo triênio propomos um contrato de metas e responsabilidades para cada hospital.” (Relatório anual 2011) A necessidade do documento foi constatada após a identificação do baixo índice de comprometimento das organizações com as atividades estabelecidas, como consta em relatórios, uma forma de envolver mais a alta gestão dos hospitais assistidos. Após a socialização das problemáticas identificadas houve o processo de externalização por meio de novos conceitos e modelos de atuação no projeto.

O hospital desenvolvedor do projeto, em seu relatório de 2012, diante das dificuldades encontradas ao longo dos processos, identificou a necessidade do envolvimento de todas as secretarias de saúde (Municipal, Estadual e Federal) para estabelecer estratégias de melhoria dos processos e fluxos para as dificuldades apontadas acima. Pois foram identificados, conforme relatórios e fala de E1, problemas como a falta de recursos humanos, falta de insumos e acervo documental incompleto, que fogem do escopo do projeto e que podem ser solucionados quando observados pelas três esferas da gestão pública de saúde. “A maior problemática e que não está no escopo do projeto é a questão falta de RH e infraestrutura comprometida.” (fala de E1). “As principais causas do aumento de não conformidades, descritas nos relatórios, foram em relação aos seguintes

achados: estrutura/área física que não atende à RDC nº 50 e NR 23, a não sustentação de processos implantados como Metas Internacionais de Segurança e gerenciamento de medicamentos, dimensionamento de pessoal inadequado, falta de insumos e o acervo documental incompleto... Precisamos do envolvimento de todas as secretarias (Municipal, Estadual e Federal) para estabelecer estratégias de melhoria dos processos e fluxos para as dificuldades apontadas acima, só assim a evolução deste resultado poderá ser intensificada.” (Relatório anual 2012). Esse processo de socialização traria maior compartilhamento de experiências entre as esferas governamentais resultando assim na evolução dos resultados propostos no projeto.

Nos relatórios foram identificadas, durante os ciclos de aplicação do projeto, dificuldades como: adesão dos profissionais, envolvimento das lideranças nas capacitações oferecidas; falta de sustentação dos processos implantados anteriormente e dificuldade na execução dos planos de ação elaborados, devido a mudanças (saídas) internas do grupo facilitador e envolvimento efetivo com o processo de melhoria contínua da qualidade e segurança do cuidado ao paciente. O que caracteriza uma falha no processo de socialização do projeto. No momento da criação de vínculo entre a proposta e seus envolvidos. É necessária a criação de uma visão amplamente difundida sobre os benefícios e impactos da aplicação da gestão do conhecimento na administração pública. Essa mudança no comportamento profissional é decorrente da criação de um ambiente de colaboração dentro de cada unidade do serviço público

Quanto a etapa da internalização, pôde-se identificar êxito no projeto pois, foram superadas as expectativas quanto ao aprendizado organizacional dentro da maioria dos hospitais H1, H2 e H3. No último relatório elaborado em 2014 foi relatado um desempenho, quanto a avaliação educativa, de 80% de conformidade com os critérios estabelecidos pela avaliação externa nos hospitais H1 e H3 e no H2 foi de 67%, o que representa um avanço de 40% referente ao início do projeto. Parte desse resultado foi atribuído ao comprometimento dos gestores e aos reajustes conforme a execução do projeto durante o ano, alinhados com as necessidades das instituições, apesar da problemática levantada quanto a mudança da gestão no meio do processo.

Quanto aos resultados obtidos no projeto, não consta nos relatórios nenhuma alusão a avaliações realizadas ou indicadores que meçam os resultados alcançados em termos de gestão do conhecimento adquirido e replicado pelos funcionários, gerando novo conhecimento tácito. Isso caracteriza-se como um ponto fraco quando a gestão do projeto,

pois os relatórios são compostos somente por informações acerca de resultados específicos na implementação do projeto, o que também pode ser observado na experiência relatada por Oliveira et. al (2010) no caso da aplicação do espiral em duas organizações em Portugal.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo teve por objetivo analisar o processo de conversão do conhecimento em organizações de saúde pública e para tal, teve como objeto de estudo o caso do projeto de reestruturação de hospitais públicos desenvolvido no âmbito do programa PROADI-SUS.

Quanto a socialização, no projeto pode ser observado que este representou a grande problemática levantada ao longo de seis anos de execução. O motivo da demora do giro dos processos dentro da espiral do conhecimento. Os processos de definição de estratégias organizacionais alinhadas aos objetivos da saúde pública, o alinhamento do projeto conforme perfil organizacional, a opinião dos gestores de saúde, assim como seu comprometimento quanto a ser o elo de ligação entre intenção e percepção da base gerencial, são fatores cruciais para a garantia de um bom desempenho do projeto e consequente inovação na gestão e serviços em saúde.

A externalização foi caracterizada pelas decisões das equipes gestoras do projeto, formadas por gestores do hospital executor do projeto, consultores, direção de cada hospital atendido e por facilitadores, fruto do processo de socialização, o que ocorreu no dia a dia ou após cada ciclo de atividades e suas reformulações. Não foi uma fase com muitos problemas porém, com muita atividade por ser influenciada pelo processo de readequação do projeto que foi constante durante o projeto.

A combinação se deu por meio das ideias construídas a partir da combinação colocadas em prática ao longo do projeto. Ponto forte no projeto por ter atividades bem definidas e elaboradas e com suas devidas metas e indicadores sempre alinhados.

Por fim a internalização do conhecimento também foi severamente afetada devido a falhas no processo de incorporação do aprendizado aplicado que não se deu de forma contínua por alguns hospitais passarem por processo de alteração na gestão do hospital,

o que afetou diretamente o prosseguimento do projeto, em um caso levou até ao desligamento de um hospital do projeto.

Uma das principais falhas identificadas no projeto foi o baixo nível de comprometimento das diretorias no início do projeto. Esse baixo comprometimento afetou o processo de socialização por comprometer a capacidade de envolvimento dos atores com o projeto. Afetou também o processo de externalização pois, a troca de gestão hospitalar acarretou na troca da equipe auxiliar o que interrompe ou no mínimo atrasou a transmissão de conhecimento pois, como já foi relatado, novos processos foram gerados para que se conseguisse atingir o envolvimento ideal das novas equipes participantes, quando substituídas, quando não foi possível o processo seguiu com um menor número de multiplicadores.

Como contribuição aos gestores públicos recomenda-se que estejam cada vez mais abertos e aptos a receberem esse novo ativo intangível valioso para a administração pública denominado conhecimento, e assim busquem a melhor forma de aplicá-lo. Utilizem deste conceito apresentado para que possam identificar a melhor forma de atuação em cada etapa do processo de criação do conhecimento organizacional, isso agrega ferramentas para que o processo passe pelo menor número de falhas possível em sua implementação. O processo de criação do conhecimento deve ser promovido de forma intensa e contínua nas organizações públicas, em busca do aprimoramento do conhecimento adquirido e da renovação dos conceitos empregados nas organizações, o que as manteriam atualizadas conforme as necessidades apresentadas pelo sistema e seus usuários. A aplicação dos quatro modos de conversão do conhecimento muito corrobora nesse sentido.

O conhecimento adquirido durante o projeto levou o hospital desenvolvedor à elaborar o contrato de metas e responsabilidade que foi replicado como forma de conter um dos principais fatores de insucesso do processo de conversão do conhecimento dentro dos hospitais em relação ao projeto. Recomenda-se também, observar as questões que envolvem a socialização de um projeto dentro de uma organização, pois quando envolvidos, os gestores conseguem recrutar um maior número de adeptos a sua ideia e assim conseguem um melhor resultado em seus projetos.

A alta gestão pública também deve estar atenta quanto à adequação da estrutura física e sistemática, para que possa ser garantida a autonomia e a possibilidade de atuação

e de disseminação do conhecimento de profissionais na saúde pública. Essa observação muito facilita quanto aos processos de externalização do conhecimento e quanto a aplicabilidade do mesmo. Estas são observações extraídas a partir do desenvolvimento do estudo em questão.

Como contribuição teórica observa-se que quanto ao processo de criação do conhecimento, a utilização desse método e dos modelos desenvolvidos para a gestão pública, frutos de estudos brasileiros, faz-se necessário à visualização da situação atual do sistema de gestão de saúde brasileiro, ajudando a compreender quando, onde e como estimular o conhecimento das pessoas e da instituição pública de saúde, conforme proposto pelo método de conversão do conhecimento.

Sugere-se que este estudo seja ampliado para os demais projetos desenvolvidos no âmbito do programa PROADI-SUS, onde se verifica uma grande presença de projetos de transferência de conhecimento e tem campo vasto para estudo. Aos demais projetos desenvolvidos para a saúde pública, tanto no âmbito federal quanto no estadual e municipal a proposta de análise também pode ser replicada com o objetivo de enriquecer os processos de estruturação do conhecimento da saúde pública como um todo.

Diante do exemplo apresentado é possível constatar que tanto no SUS como em qualquer outro sistema público brasileiro, é latente e voluntário o processo de formação do conhecimento organizacional. No entanto, cabe observar que o aprimoramento desse processo construtivo deve ser estimulado para que possa ser atingido um nível de qualidade na prestação de serviço público.

O processo de transferência de conhecimento dentro das organizações públicas tem um relevante papel na produção de resultados positivos na gestão hospitalar. O bom aproveitamento desse ativo intangível depende da disposição de cada órgão do poder público em executar de forma proativa todo conhecimento que lhe é ofertado e multiplicando-o sempre com finalidade de atender as necessidades da população de forma mais efetiva possível.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BATISTA, F. F. **Modelo de gestão do conhecimento para a administração pública brasileira: como implementar a gestão do conhecimento para produzir resultados em benefício do cidadão** – Brasília: Ipea, 2012.

BRASIL. Comitê Executivo do Governo Eletrônico. **Oficinas de planejamento estratégico: relatório consolidado**. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento. **Oficina de Avaliação do 1º Ciclo do PROADI-SUS: relatório final / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 48 p. : il.

CAVALLARI, V. C.; FILHO, N. H. O.; ALVES, J. M. Os Impactos da Gestão do Conhecimento na Qualidade dos Serviços: Estudo de Caso em uma Instituição Pública, São Paulo, 2010. Disponível em: <http://www.abepro.org.br/biblioteca/enegep2010_TN_STO_120_780_16793.pdf> acesso em: 15 fev. 2016.

COLAUTO, R. D.; BEUREN, I. M. Proposta para avaliação da gestão do conhecimento em entidade filantrópica: o caso de uma organização hospitalar. Rev. adm. contemp., Curitiba, v. 7, n. 4, p. 163-185, Dez. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-65552003000400009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 Fev. 2016.

GESPÚBLICA, **Instrumento para Avaliação da Gestão Pública**, Brasília; MP, SEGEP, 2014. Versão 1/2014.

MELO, L. E. V. **Gestão do conhecimento: conceitos e aplicações**. São Paulo: Érica, 2003.

NONAKA, I.; TAKEUCHI, H. **Criação de conhecimento na empresa: como as empresas japonesas geram a dinâmica da inovação**. 2. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1997. 358 p.

OLIVEIRA, M. et al . Espiral do conhecimento em frameworks de gestão do conhecimento: o caso de duas organizações em Portugal. *Perspect. ciênc. inf.*, Belo Horizonte , v. 15, n. 3, p. 155-175, 2010 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-99362010000300009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 Fev. 2016.

PAIXÃO, R. L. **Gestão do conhecimento: estudo de caso no setor público** - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto COPPEAD de administração, 2004. Xii, 142f.: il.

POLANYI, M. **The tacit dimension**. London: Routledge e Kegan Paul, 1966.

ROSSATTO, M. A. **Gestão do Conhecimento: a busca da humanização, transparência, socialização e valorização do intangível**. Rio de Janeiro. Interciência. 2002.

SILVA, S. L. **Informação e competitividade: a contextualização da gestão do conhecimento nos processos organizacionais**. *Ciência da Informação*. Brasília, v. 31, n. 2, p. 142-151, 2002.

STEWART, T. A. **Capital intelectual: a nova vantagem competitiva das empresas**. 7. ed. Rio Janeiro: Campus, 1998.

ANEXO I

Entrevista realizada por e-mail no dia 11 de fevereiro de 2016 ao gestor do projeto do hospital de excelência com respostas.

“Boa tarde.

Para que eu desenvolva a teoria da criação do conhecimento dentro de organizações públicas, abordada no meu TCC, necessito acessar informações de antes do processo de implementação do projeto de reestruturação dos hospitais públicos e informações não presentes nos relatórios. Para isso necessitaria entrevista-la e gostaria de contar com sua colaboração. Como não disponho de muito tempo essa entrevista pode ser respondida por e-mail ou se achar melhor podemos fazer por telefone. Segue o roteiro de questões semiestruturado para que tenha conhecimento das informações que necessito. Lembro que no TCC não haverá referência direta ao hospital e nem àqueles que fornecem informações. O foco do artigo é suscitar a questão da transferência de conhecimento dentro da gestão pública em saúde e sem referências específicas aos contribuintes no processo. Aguardo resposta quanto a solicitação.

Seguem questões para análise:

Como foi iniciada a ideia do projeto? Por que desse projeto?

Como o HAOC tinha passado pelo processo de Acreditação e com muitas melhorias de processos foram implantadas, a ideia de usar esta expertise e replicar para hospitais públicos como projeto.

Houve algum empecilho antes da execução do projeto?

Não

Como o projeto foi apresentado para os hospitais selecionados?

Os hospitais públicos eram selecionados pelo Ministério da Saúde, e era feita uma apresentação do projeto no hospital e secretaria de saúde

Como se deu essa seleção e por que os hospitais acataram esse projeto?

O convite era feito, mas opcional a decisão do hospital

Como os hospitais se comportaram ao decorrer do projeto?

Houve diversos desempenhos, hospitais com melhores resultados e outros com menores. Para este tipo de projeto é sabido que a participação da alta liderança é de suma importância para o melhor resultado.

Houve entusiasmo e participação efetiva dos gestores e servidores envolvidos?

A maioria sim

Quais as principais problemáticas identificadas no decorrer do projeto?

A maior problemática é que não está no escopo do projeto é a questão falta de RH e infraestrutura comprometida. A mudança da alta gestão também tem impacto, pois o projeto deve ser reapresentado sempre a cada mudança e o mesmo validar a continuidade ou não.

O SUS tinha acesso a metodologia aplicada no projeto?

O projeto foi realizado com a participação do MS, tudo com transparências.

Foram identificadas mudanças de comportamento nos hospitais? Houve mudança de conceitos?

As mudanças e evolução dos hospitais se nota nos resultados das avaliações externas, na evolução em % de conformidade a cada ano de cada hospital, como observado nos relatórios.”