

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS – UNISINOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO
MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO

MARIA DE LOURDES BORGES

PROCESSOS DE CRIAÇÃO E TRANSFERÊNCIA DE CONHECIMENTO:
UMA ABORDAGEM EM UMA ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR

São Leopoldo

2008

MARIA DE LOURDES BORGES

**PROCESSOS DE CRIAÇÃO E TRANSFERÊNCIA DE CONHECIMENTO:
UMA ABORDAGEM EM UMA ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR**

Dissertação apresentada à Universidade do Vale do Rio dos Sinos - Unisinos, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Administração.

Orientador: Dr. Cláudio Reis Gonçalo

São Leopoldo

2008

MARIA DE LOURDES BORGES

**PROCESSOS DE CRIAÇÃO E TRANSFERÊNCIA DE CONHECIMENTO:
UMA ABORDAGEM EM UMA ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR**

Dissertação apresentada à Universidade do Vale do Rio dos Sinos – Unisinos, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Administração.

Aprovada em 24 de março de 2008.

BANCA EXAMINADORA

Dr^a Lilia Maria Vargas
UFGRS

Dr Alsones Balestrin
UNISINOS

Dr^a Yeda Swirski de Souza
UNISINOS

Orientador Dr. Cláudio Reis Gonçalves

Visto e permitida a impressão
São Leopoldo,

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

*Está escrito: "No princípio era o Verbo!"
Agora, estou bloqueado. Quem vai me esclarecer?*

*É impossível, o Verbo, de tão alto valor,
terei de traduzi-lo de outra forma,
se estou em perfeito acordo com o pensamento do Espírito.*

*Está escrito: No princípio era o Pensamento!
Pense bem nesta frase, a primeira que vês,
que tua pena talvez não consiga escrever com devida rapidez!
É então o Pensamento que trabalha, criativo, hora após hora?*

*Então devo afirmar: No começo era o poder!
No entanto, enquanto escrevo essa palavra, hesito,
Porque algo me avisa, isso também devo mudar.
O Espírito está me ajudando! Percebo agora do que preciso
E escrevo, com certeza: No principio era a Ação!"
(Johan Wolfgang von Goethe, Fausto, parte I).*

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, poder infinito de dádivas e felicidade, obrigada!

Agradeço ao PPG Administração da UNISINOS, pela oportunidade de crescimento ímpar em minha vida! A todos os professores, meu especial agradecimento! Ao prof. Cláudio Gonçalo, meu orientador, com quem tive o privilégio de conviver, meus agradecimentos pela incansável disposição em me atender! A Ana Zilles, você é um presente ao PPG!

Agradeço ao Hospital Mãe de Deus, pela acolhida e receptividade, especialmente aos profissionais do Instituto de Medicina Vascular que muito me auxiliaram nesta caminhada. Um especial agradecimento à Débora Monteiro, pessoa maravilhosa sempre em busca do verdadeiro conhecimento científico.

Aos amigos de caminhada, à toda a Turma Feliz do Mestrado de 2006! É possível o aprendizado ser prazeroso, tal como o sorriso de uma criança nas suas primeiras descobertas do mundo. Sempre seremos uma rede de suporte, alegria e força mútua! Obrigada Taís Schmitz pela amizade, conselhos e dicas.

Agradeço à família, pela paciência, carinho e compreensão: ao Juarez, amoroso esposo, exemplo de persistência e coragem; ao meu filho Gabriel, amado filho que me honra com teu carinho; ao Arthurzinho, filho querido que tenho o privilégio de conviver; à querida mãe, exemplo de pessoa, de profissional, de cidadã, de espiritualidade, de força, perseverança e honradez, exemplo de mulher; ao meu querido pai, por todo o amor e carinho que ainda recebo! Aos meus irmãos, sobrinhas, cunhados: sempre carinhosos, obrigada! Às manas Maria do Carmo, que continue tendo fé na vida e Maria Salete, a qual admiro muito!!! Obrigada a todos/as pela força, energia, apoio e confiança!!!

RESUMO

O objetivo desta dissertação é identificar e analisar como ocorrem os processos de criação e transferência de conhecimento, em uma organização hospitalar, para promover a adesão ao tratamento por Síndrome Coronariana Aguda. As conexões campo-teóricas aplicadas para a estruturação e análise da pesquisa focalizaram duas grandes dimensões: contexto interno englobando as políticas da Instituição para a adesão e os respectivos processos aplicados pela equipe com os clientes. O estudo apresenta uma abordagem qualitativa, exploratória através de um estudo de caso no Instituto de Medicina Vascular, um dos serviços especializados do Hospital Mãe de Deus de Porto Alegre (RS) que trata e previne doenças cardio e cerebrovasculares. A metodologia utilizada para análise das 13 entrevistas e observações foi a Análise de Conteúdo (BARDIN, 1977) e para a análise das três falas-em-interação foi a Análise da Conversa. Os resultados indicaram que os processos de criação e transferência do conhecimento para a promoção da adesão ao tratamento mostram-se sob duas perspectivas distintas. (i) do ponto de vista institucional e estratégico, busca-se a implementação do Modelo Médico Assistencial que promove o compartilhamento do conhecimento de forma interdisciplinar através da renovação dos protocolos, com base em um modelo ambulatorial. (ii) Com relação ao aspecto da atuação dos profissionais na Unidade de Internação, observou-se que os profissionais atuam em um ambiente departamentalizado de relacionamentos complexos, resultando, muitas vezes, em interações assimétricas que prejudicam o vínculo com o cliente em um modelo hospitalista. Assim, identificou-se um *gap* entre a estratégia de conhecimento pretendida e as ações realizadas pelos profissionais na prática. O momento em que os esforços para criar e transferir conhecimento ocorrem é na etapa de permanência do cliente no hospital. Para que a estratégia de conhecimento seja efetivada na ação, deve-se juntar esforços no sentido do aprendizado sobre as evidências coletadas para a constante melhoria dos protocolos. A aplicação do conhecimento, que foi transferido durante a permanência do cliente na unidade de internação, ocorrerá na etapa de continuidade do tratamento, a qual deve ser acompanhada e mensurada. Por isso, o vínculo estabelecido com o cliente, deve estar fortalecido, em favor da estratégia de conhecimento. A consequência da mensuração dos resultados no cliente fomentará, assim, um ciclo contínuo de crescimento do conhecimento.

Palavras-chave: Gestão do conhecimento, criar e transferir conhecimento, administração de serviços em saúde, adesão ao tratamento médico, estratégia de conhecimento.

ABSTRACT

The purpose of this dissertation is to identify and to analyze how the creation and knowledge transfer processes occur in a hospital organization to promote the adherence of the treatment of Coronary Severe Syndrome. The applied field-theoretical connections to the structuring and analysis of the research focused two great dimensions: the internal context including the politics of the Institution for the adherence and their respective applied processes by the team with the clients. The study presents a qualitative and exploratory approach through a case study in the Vascular Medicine Institute, one of the specialized services of Mãe de Deus Hospital of Porto Alegre (RS) that treats and prevents cardio and cerebrovascular diseases. The methodology used for the analysis of the 13 interviews and observations was Content Analysis (BARDIN, 1977) and for the analysis of the three talk-in-interaction it was the Conversation Analysis. The results indicated that the creation and knowledge transfer processes to the promotion of the adherence to the treatment are shown under two different perspectives. (i) From the institutional and strategic point of view it is pursued the implementation of the Assistance Medical Model that promotes the knowledge sharing in an interdisciplinary way through the renovation of the protocols based in an ambulatory model. (ii) Regarding the aspect of the professionals' performance in the Internment Unit, it was observed that the professionals act in a departmentalized environment of complex relationships, resulting, most of the time, in asymmetrical interactions that prejudice the bond with the client in a hospitalist model. Thus, a gap was identified among the knowledge strategy intended and the actions accomplished by the professionals in practice. The moment in which the efforts to create and transfer knowledge occur is in the stage of the client's permanence in the hospital. To execute the knowledge strategy in the action, one must join efforts together to the learning about the collected evidences to continuous improvement of the protocols. The application of knowledge that was transferred during the client's permanence in the internment unit will occur in the stage of treatment continuity which should be accompanied and measured. Because of it, the established bond with the client must be strengthened in favor of the knowledge strategy. The consequence of measurement of the results in the client will foment, thus, a continuous cycle of knowledge growth.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Esboço para identificação do problema de pesquisa.....	16
FIGURA 2 - Quadro sinóptico da definição do problema da pesquisa.....	18
FIGURA 3- Contextualização da pesquisa.....	23
FIGURA 4 - Cronologia da gestão do conhecimento.....	37
FIGURA 5- Espiral do conhecimento (Modelo SECI).....	39
FIGURA 6- Etapas do processo de gestão do conhecimento.....	46
FIGURA 7- Etapas da gestão do conhecimento consideradas para este estudo.....	48
FIGURA 8- A cadeia de valor da prestação de serviço de saúde.....	63
FIGURA 9- Representação da estrutura da pesquisa	64
FIGURA 10- Descrição das etapas da pesquisa.....	68
FIGURA 11- Estrutura do Sistema de Saúde Mãe de Deus.....	90
FIGURA 12- Representação da subcategoria Valor ao Negócio.....	96
FIGURA 13- Representação da subcategoria Transferir Conhecimento.....	111
FIGURA 14- Representação da subcategoria Processo de Construção Social.....	120
FIGURA 15- Representação da análise da dimensão processo.....	164
FIGURA 16- Representação da análise da dimensão contexto.....	165
FIGURA 17- Representação da proposta de entendimento do estudo.....	167
FIGURA 18- Representação do resultado teórico.....	169

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Quadro sinóptico dos conceitos de dado, informação e conhecimento.....	27
QUADRO 2 - Dimensões do conhecimento tácito de Polanyi x conceitos posteriores.....	30
QUADRO 3- Tipos de conhecimento.....	31
QUADRO 4 - Modelo SECI de conversão do conhecimento.....	38
QUADRO 5 - Conceitos de gestão do conhecimento – processo.....	40
QUADRO 6- Conceitos de gestão do conhecimento – contexto.....	43
QUADRO 7- Etapas do processo de gestão do conhecimento.....	46
QUADRO 8- Conceitos assumidos para criar e transferir conhecimento.....	47
QUADRO 9- Conceitos de estratégia para o estudo.....	57
QUADRO 10- <i>Framework</i> teórico de investigação.....	64
QUADRO 11- Visitas ao Instituto de Medicina Vascular (IMV) e/ou Hospital Mãe de Deus (HMD) I.....	69
QUADRO 12- Sinopse da metodologia.....	71
QUADRO 13- Visitas ao IMV e/ou HMD II.....	72
QUADRO 14- Visitas ao IMV e/ou HMD III.....	73
QUADRO 15- Entrevistas realizadas.....	76
QUADRO 16- Convenções de transcrição das falas-em-interação.....	87
QUADRO 17- Entrevistas da dimensão contexto.....	95
QUADRO 18- Unidades de contexto e significação para a subcategoria Valor ao Negócio.....	100
QUADRO 19- Unidades de contexto e significação para a subcategoria Orientação de Mercado.....	114
QUADRO 20- Unidades de contexto e significação para a subcategoria Criar Conhecimento.....	109

QUADRO 21- Unidades de contexto e significação para a subcategoria Transferir Conhecimento.....	114
QUADRO 22- Unidades de contexto e significação para a subcategoria Contexto Capacitante.....	117
QUADRO 23- Entrevistas da dimensão processo.....	118
QUADRO 24- Unidades de contexto e significação para a subcategoria Processo de Construção Social.....	127
QUADRO 25- Unidades de contexto e significação para a subcategoria conhecimento explícito.....	132
QUADRO 26- Unidades de contexto e significação para a subcategoria conhecimento tácito.....	137
QUADRO 27- Discriminação das falas-em-interação gravadas.....	139
QUADRO 28- Condensação das principais características analisadas nos excertos.....	154
QUADRO 29- Quadro sinóptico dos resultados do estudo.....	166

SUMÁRIO

RESUMO.....	6
ABSTRACT	7
LISTA DE FIGURAS.....	8
LISTA DE QUADROS.....	9
1 INTRODUÇÃO	13
1.1 Caracterização do Problema.....	14
1.2 Definição do Problema	16
1.3 Justificativa.....	19
1.4 Objetivos	22
2 REFERENCIAL TEÓRICO	25
2.1 GESTÃO DO CONHECIMENTO.....	25
2.1.1 Hierarquia de Valores: Dados, Informação e Conhecimento	26
2.1.2 Conhecimento: Tácito X Explícito.....	28
2.1.3 Gestão do Conhecimento com Ênfase no Processo.....	33
2.1.4 Gestão do Conhecimento com Ênfase no Contexto	41
2.1.5 Processos de Criar e Transferir Conhecimento	43
2.1.6 Gestão do Conhecimento na Área da Saúde	49
2.2 Estratégia Organizacional.....	54
2.2.1 Administração de Serviços.....	58
2.3 Estrutura Da Pesquisa.....	63
2.3.1 Framework Teórico de Investigação	64
3 METODOLOGIA DA PESQUISA	66
3.1 INTRODUÇÃO.....	66
3.2 Campo de Pesquisa	67
3.2 Configuração das Etapas da Pesquisa.....	68
3.2.1 Contato Inicial com o Campo de Pesquisa.....	69
3.2.2 Pesquisa Bibliográfica	70
3.2.3 Definição do Problema de Pesquisa	70
3.2.4 Definição da Estrutura da Pesquisa.....	71
3.2.5 Familiarização.....	72
3.2.6 Coleta de Dados	74
3.2.6.1 Entrevistas	74
3.2.6.2 Observação Direta.....	77
3.2.6.3 Documentação.....	78
3.2.6.4 Gravação de Fala-em-Interação.....	78
3.2.7 Preparação dos Dados Coletados	78
3.2.8 Análise dos Dados.....	79
3.2.8.1 Análise de Conteúdo	80
3.2.8.2 Análise da Conversa.....	82
4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	89

4.1 Contextualização da Instituição.....	89
4.1.1 O Sistema De Saúde Mãe de Deus.....	89
4.1.2 O Instituto de Medicina Vascular	93
4.2 Apresentação e Análise dos Dados	95
4.2.1 Dimensão Contexto.....	95
4.2.1.1 Subcategoria: Valor ao Negócio.....	96
4.2.1.2 Subcategoria: Orientação de Mercado.....	101
4.2.1.3 Subcategoria: Criar Conhecimento	105
4.2.1.4 Subcategoria: Transferir Conhecimento.....	110
4.2.1.5 Subcategoria: Contexto Capacitante	116
4.2.2 Dimensão Processo	118
4.2.2.1 Subcategoria: Processo de Construção Social.....	119
4.2.2.2 Subcategoria: Conhecimento Explícito	128
4.2.2.3 Subcategoria: Expressão do Conhecimento Tácito na Atividade.....	133
4.2.2.3.1 Entrevistas e Observações	134
4.2.2.3.2 Fala-em-Interação.....	138
5 DISCUSSÃO	155
5.1 Resultados do Objetivo Específico: Estratégias de Conhecimento.....	155
5.2 Resultados do Objetivo Específico: o Processo na Prática.....	160
5.3 Resultados do Objetivo Específico: a Prática X a Intenção	163
5.4 Resultados do Objetivo Geral: Criar e Transferir Conhecimento.....	166
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	171
7 REFERÊNCIAS	175
GLOSSÁRIO	187
APÊNDICE	189
APÊNDICE 01 – Questionário I: Dimensão Contexto Interno.....	190
APÊNDICE 02 – Questionário II: Dimensão Processo.....	191
APÊNDICE 03 -- Termo De Consentimento Livre E Esclarecido	192
APÊNDICE 04 – Inserção da Pesquisadora na Unidade de Análise	194
APÊNDICE 05 – Publicações Realizadas Durante o Período do Mestrado.....	195
ANEXOS	197
ANEXO 01 – Orientação Nutricional I	198
ANEXO 02 – Orientação Nutricional II.....	199

1 INTRODUÇÃO

A gestão do conhecimento mostra-se como um marco organizacional entre o passado industrial, processual e hierárquico e o futuro cibernético, instável e complexo, diante do qual emerge a necessidade de novos paradigmas, conceitualizações e visões que acentuem a importância do conhecimento (PROBST, RAUB & ROMHARDT, 2002; LADUKE, 2004; WALCZAK, 2005). No final do século XX o conhecimento emerge como um dos recursos estratégicos mais importantes das organizações (GRANT, 1996; ZACK, 1999). Assim, essa abordagem revela-se como propulsora de soluções frente à intensa demanda por conhecimento aproveitável dentro das diferentes funções organizacionais e conceitos de negócio, uma vez que é o mais valioso e estratégico dos recursos (ZACK, 1999; GROVER & DAVENPORT, 2001; MARQUÉS & SIMÓN, 2006).

A gestão do conhecimento não é somente resultante de metodologias formais. Conforme Sveiby (2001), este movimento provém de três origens: os primeiros estudos americanos sobre informação e inteligência artificial, as pesquisas japonesas sobre conhecimento e inovação, e as medições estratégicas na Suécia.

Por volta de 1986, um grupo de pesquisadores dos Estados Unidos estudava como o aprendizado poderia ser melhorado pela tecnologia, liderados por Debra Amidon, enquanto outro grupo, liderados por Karl Wiig pesquisava Inteligência Artificial, o qual utilizou pela primeira vez o termo Gestão do Conhecimento. Em 1987, a Universidade de Purdue, em Indiana, nos Estados Unidos, organizou a primeira conferência sobre o tema. Estavam presentes autores como Sveiby, Amidon e Itami, esse último, um dos estudantes do professor Ikujiro Nonaka, o qual pesquisava temas sobre inovação no Japão. Em 1995, Nonaka e Takeuchi escreveram o livro *The Knowledge Creating Company* que redefiniu o ramo da gestão do conhecimento. Já na Suécia, Sveiby se ocupava de avaliar os ativos intangíveis, ou seja, em medir o capital do conhecimento. Para Sveiby (2001) a influência das práticas japonesas e suecas centra-se mais nas pessoas enquanto a norte-americana nas práticas de tecnologia da informação.

O conceito de gestão do conhecimento não é usual na sua ambigüidade, profundo e florescente pela multiplicação exponencial de ferramentas e práticas (SVEIBY, 2001). Essa abordagem é estudada no âmbito organizacional pela Administração, a qual se preocupa em compreender os diferentes tipos de organizações. As organizações de saúde, e mais especificamente as organizações hospitalares, mostram-se um campo fecundo para pesquisas sob o olhar da gestão do conhecimento, uma vez que são locais além de profícuos na utilização do conhecimento, também complexos devido à natureza do seu objeto de intervenção que são pessoas doentes (LIMA, FAVARET & GRABOIS, 2006).

Neste campo conceitual sobre gestão do conhecimento, o problema a ser investigado no contexto das organizações de saúde é caracterizado na seguinte seção.

1.1 Caracterização do Problema

As organizações de saúde se deparam com o grande problema das doenças crônicas, pois são responsáveis por 60% das mortes e configuram-se como a principal causa de mortalidade no mundo. Dessas, as doenças cardiovasculares são responsabilizadas por 17 milhões de mortes por ano no mundo. Em projeções da Organização Mundial da Saúde (OMS) para a década de 2030 as mortes anuais por doenças cardiovasculares poderão chegar a 24 milhões (WHO, 2007).

Os avanços da medicina são importantes para diminuir a mortalidade, porém a gestão pode exercer impactos profundos na assistência hospitalar por integrar competências e potencializar resultados (DRUCKER, 2005). A administração pode contribuir no ambiente de complexidade hospitalar, pois o hospital pode ser compreendido como uma empresa, uma vez que possui os mesmos problemas de receitas e despesas, ordem legal, administrativa, trabalhista, bem como busca a maximização do retorno financeiro, indispensável para acompanhar a evolução tecnológica médica e ampliar ou manter seu capital estrutural (COLAUTO & BEUREN, 2003).

Gestão ou administração é uma disciplina complexa, pois envolve muito mais que aprender algumas técnicas e métodos, abrangendo desde habilidades sociais, relacionamento

pessoal, intuição, experiência vivida, até um conjunto de pressupostos e modelos mentais que moldam comportamentos, decisões e ações. Definir conhecimento abarca questões complexas e centrais para a definição da condição humana. Da intersecção entre esses dois campos surge a ‘gestão do conhecimento’, a qual apresenta uma miríade de abordagens, práticas e tecnologias com foco gerencial deliberado, sistemático e organizado nos ativos intangíveis da organização, na produtividade do trabalhador do conhecimento, no desenvolvimento de métodos e ferramentas focadas no ciclo do conhecimento organizacional e no conhecimento estratégico específico desta organização (TERRA, 2005).

O sucesso da administração hospitalar consiste no aproveitamento racional dos recursos estruturais, humanos e de clientes, requerendo que cada estratégia operacional seja direcionada no sentido da consecução dos objetivos institucionais da organização (COLAUTO & BEUREN, 2003). Por isso gerenciar adequadamente o conhecimento demonstra relevância no contexto organizacional, uma vez que apresenta potencial para agregar valor ao negócio, através da exploração de novas vantagens competitivas a partir dos conhecimentos existentes e/ou de pesquisas (WIIG, 1997).

Assim, as organizações hospitalares necessitam captar, administrar e maximizar os recursos para oportunizar o contínuo atendimento médico. Portanto, a gestão de tais organizações precisa, além de cuidar dos aspectos do ambiente interno, levar em consideração os elementos estratégicos norteadores do ambiente econômico. Nesse sentido, assume relevância a gestão do conhecimento em organizações de saúde (COLAUTO & BEUREN, 2003).

Especificamente, a abordagem da gestão do conhecimento pode auxiliar no enfrentamento do problema da baixa adesão do cliente ao tratamento recomendado, uma vez que a organização hospitalar pode gerenciar o conhecimento organizacional interno de modo a transferir para o cliente àquele conhecimento suficiente que resulte em maior adesão ao tratamento.

A baixa adesão é uma razão primária para subotimização dos benefícios clínicos, causando complicações à saúde do paciente, reduzindo sua qualidade de vida e desperdiçando recursos de cuidado da saúde (WHO, 2003). A baixa adesão ao tratamento prescrito é comum,

contribuindo para a piora da doença, morte e incremento dos custos de saúde (OSTERBERG & BLASCHKE, 2005). Assim, o problema da pesquisa passa a ser definido a seguir.

1.2 Definição do Problema

O problema de pesquisa é delineado no campo da administração de serviços, onde, a partir da intersecção entre a gestão do conhecimento e o contexto das organizações hospitalares, entende-se que a gestão do conhecimento pode contribuir para a melhora da adesão ao tratamento do paciente cardíaco, conforme esboçado na figura 1.

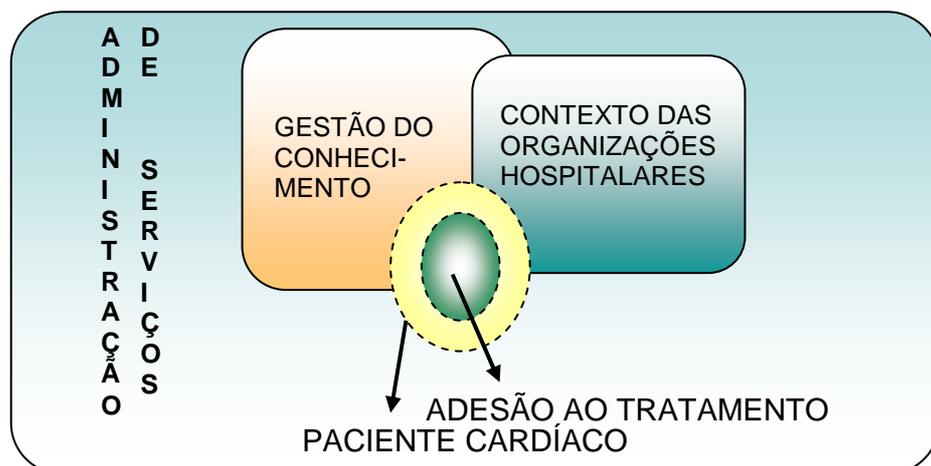


Figura 1: Esboço para identificação do problema de pesquisa
Fonte: Dados dessa pesquisa

Compreende-se que, nas instituições hospitalares, o seu objeto social refere-se à prestação de serviços (COLAUTO & BEUREN, 2003). Assim, como o interesse da administração de serviços centra-se no encontro entre fornecedor e cliente (FITZSIMMONS & FITZSIMMONS, 2000), para que a adesão do cliente ao tratamento ocorra, é preciso que o conhecimento explícito lhe seja adequadamente transferido para possibilitar transformá-lo em conhecimento tanto tácito como explícito (NONAKA & TAKEUCHI, 1997), na sua ação e no seu comportamento.

Entender a dinâmica desses processos é importante, pois um dos maiores desafios das organizações hospitalares é enfrentar a demanda, em graus epidêmicos, das doenças vasculares e cardiovasculares, os quais constituem um grave problema de saúde pública mundial (ORDUNEZ, FERRER, MUNOZ, ESPINOSA-BRITO, 2006). As doenças cardiovasculares são responsáveis por altas taxas de morbimortalidade em todo mundo (WHO, 2006). Dentre as doenças cardiovasculares a Síndrome Coronariana Aguda ainda é uma das maiores causas de mortalidade e morbidade (PESARO, SERRANO JR e NICOLAU, 2004). As síndromes coronarianas agudas são, em geral, causadas por obstrução coronariana, podendo manifestar-se com quadros clínicos diversos, tais como angina instável, infarto agudo do miocárdio ou morte súbita (THEROUX & FUSTER, 1998).

As seqüelas da Síndrome Coronariana Aguda diminuem a qualidade de vida das pessoas por ela acometida, tornando fundamental o conhecimento dos fatores de risco, bem como a adesão ao tratamento proposto na alta hospitalar. A baixa adesão reduz a qualidade de vida do cliente e desperdiça recursos de cuidado da saúde (WHO, 2003). Somente em 1998, ocorreram no Brasil 1.150.000 internações por doenças cardiovasculares com um custo de 400 milhões de dólares (SBC, 2004). Assim, a importância dos clientes que sofreram uma síndrome coronariana aguda seguirem as recomendações do tratamento, após sua alta hospitalar, é direta para o resultado estratégico da organização hospitalar.

O cliente hospitalar recebe informações para conquistar o melhor nível “possível” de condições físicas, mentais e sociais em uma vida ativa e produtiva após a alta hospitalar (GONÇALVES, MARINHO, MACIEL *et al.*, 2006). Para alcançar este objetivo, o cliente deve ter adesão ao tratamento recomendado. Existem diversos conceitos de adesão que incluem desde o entendimento do simples seguimento da prescrição dos medicamentos, mudanças de estilo de vida recomendadas ao cliente, cumprimento de medidas terapêuticas adequadas sendo medicamentosas ou não, bem como considerar a vontade do indivíduo em participar e colaborar ativamente com o tratamento com base em um contrato firmado com o médico (RAND, 1993; CAR, 1991; OSTERBERG, 2005).

Adesão é um processo comportamental complexo, de difícil manutenção (PIERIN, STRELEC, MION JR, 2004). Para este estudo o conceito de adesão adotado é o mesmo aceito pela Organização Mundial da Saúde no estudo Adesão em Terapias de Longo-Prazo:

Adesão é o grau em que o comportamento de uma pessoa – tomar medicação, seguir uma dieta e/ou executar mudanças no estilo de vida, corresponde e concorda com as recomendações do profissional de saúde (WHO, 2003, p. 17) [Tradução da autora].

Compreender a adesão ao tratamento recomendado no ambiente hospitalar e da síndrome coronariana aguda exige um detalhado entendimento do contexto de investigação. A figura X demonstra o quadro sinóptico da definição do problema:

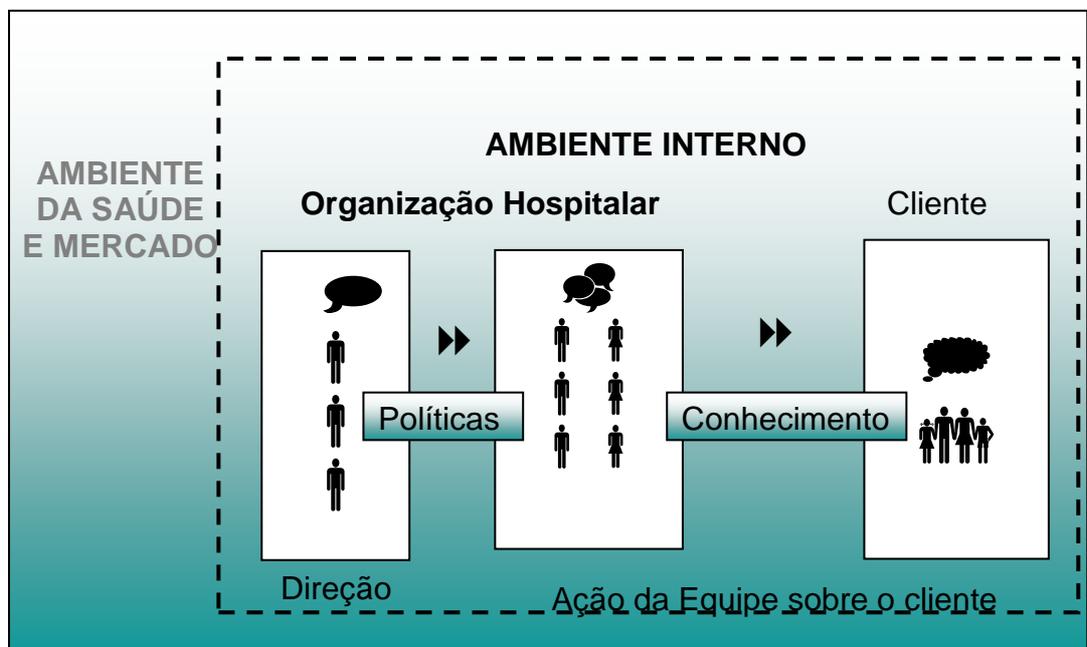


Figura 2: Quadro sinóptico da definição do problema da pesquisa
Fonte: Dados desta pesquisa

O quadro sinóptico apresentado na figura 2, procura demonstrar que o ambiente interno da organização hospitalar é compreendido como abrangendo a direção (entendida como os responsáveis pelas definições e cumprimento das metas, e visões estratégicas) e a equipe de profissionais, ou seja, as pessoas responsáveis pela operacionalização das atividades que vão ao encontro da estratégia pretendida. Essa operacionalização envolve trabalhar com o conhecimento a ser passado para o cliente, através de processos complexos, com o objetivo de fazer com que o cliente apresente adesão ao tratamento recomendado após a alta hospitalar em seu contexto de vida pessoal.

Deve-se salientar que o foco desta pesquisa refere-se ao ambiente interno organizacional, em que utiliza-se aspectos do entendimento da *Visão Baseada em Recursos*, para a qual a capacidade da organização de se diferenciar é a partir de suas capacidades internas (GRANT, 1991), consideradas importantes na prestação de serviços.

Para Sveiby (2001) a diferença entre o *staff* técnico e gerencial é que os diferentes papéis determinam como cada um relata ao outro a formulação estratégica e o plano de ação, gerando uma lacuna que deve ser preenchida através do conhecimento compartilhado. Assim, para compreender esse problema, a questão que norteia este estudo é:

Como ocorrem os processos de criação e transferência de conhecimento em uma organização hospitalar para promover a adesão ao tratamento por Síndrome Coronariana Aguda?

1.3 Justificativa

Tratar sobre o tema da Síndrome Coronariana Aguda por si só demonstra sua importância, devido à magnitude com que as doenças cardiovasculares manifestam-se em nível mundial. A Organização Mundial da Saúde (OMS) denomina as doenças crônicas de epidemia invisível (WHO, 2006). As doenças crônicas, como o câncer, vasculares, respiratórias e diabetes, representam 60% das mortes e configuram-se como a principal causa de mortalidade no mundo. Estima-se que são realizados cerca de quatro milhões de atendimentos anuais por dor torácica no Brasil, destes quatrocentos mil seriam por infartos. Em alguns países, muitos médicos internam os pacientes que apresentam alguma possibilidade de Síndrome Coronariana Aguda (BASSAN, PIMENTA, LEÃES, TIMERMAN, 2002).

A adesão ao tratamento é fundamental para o sucesso da terapia instituída pelo médico e equipe de saúde, por isso vem sendo amplamente discutida e questões fundamentais como conceitos, terminologias e fatores de interferência têm sido abordados (GUSMÃO & MION JR., 2006). Assim, esse estudo aproveita a oportunidade dos debates sobre a adesão e propõe estudá-la sob o aspecto organizacional da gestão do conhecimento, mais especificamente,

identificando como os processos de criação e transferência de conhecimento ocorrem em uma organização hospitalar para fomentar a promoção da adesão ao tratamento.

Somando-se à oportunidade, a viabilidade para o estudo foi encontrada no Instituto de Medicina Vascular. O Instituto de Medicina Vascular, um dos serviços especializados do Hospital Mãe de Deus de Porto Alegre, tornou-se o primeiro da América Latina no ano de 2002 a reunir num único serviço médico a prevenção, o diagnóstico e o tratamento das especialidades das doenças cardio e cerebrovasculares de forma interdisciplinar. Nestes centros de excelência, a estratégia de conhecimento geralmente não é reconhecida com esta denominação, mas através do olhar de pesquisa deste trabalho, pode-se compreender a existência de estratégia de conhecimento que suporte o atendimento de centros de excelência na área de doenças crônicas vasculares. A criação da Unidade Vascular proporciona melhoria no atendimento para um maior número de pacientes. Unidades especializadas devem ser dirigidas e atendidas por equipe (neurologistas, clínicos, cardiologistas, intensivistas, técnicos, enfermeiros) com treinamento em cuidados de pacientes com doença cérebro e cardiovascular (MARTINS, 2006).

A escolha pelo estudo da influência das estratégias de conhecimento, através da investigação dos processos de criação e transferência de conhecimento na adesão ao tratamento por síndromes coronarianas agudas deve-se ao fato do Instituto de Medicina Vascular trabalhar com pacientes baseado no protocolo de qualidade de dor torácica. O American College of Cardiology publicou o Guidelines Applied in Practice fornecendo uma metodologia direcionada a qualidade na assistência de pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio e outras condições cardiovasculares. Dentro desse protocolo, preconiza-se as intervenções (educação em saúde), para minimizar complicações e melhorar os desfechos da doença que tem um elevado índice de mortalidade.

Portanto, esse estudo centra-se nos processos relacionados à como o conhecimento é criado e transferido dentro da instituição para que favoreça que o cliente produza maior adesão ao tratamento.

Este aspecto, por si só, trás um ganho ao entendimento da dinâmica das organizações hospitalares, pois valoriza o resultado dos serviços prestados no cliente. Portanto, conhecer como os processos de criação e transferência de conhecimento ocorrem é importante para o

gestor poder verificar se o processo utilizado está em sintonia com os objetivos estratégicos relativos à adesão do cliente e lançar ações para que ambos possam atuar em sintonia. O gestor hospitalar poderá ter mais clareza sobre o assunto da importância da adesão do cliente ao tratamento para a instituição, bem como compreender como a sua instituição está, na prática, tratando desta questão.

O maior valor agregado deste estudo será para o gestor hospitalar, que pode compreender como a equipe de profissionais está tratando da questão da adesão juntamente ao cliente, pois se sabe que a não adesão reduz os melhores benefícios clínicos e a eficácia dos sistemas de saúde. Nos países desenvolvidos somente 50% dos pacientes com doenças crônicas seguem as recomendações do tratamento (WHO, 2003). Torna-se necessário, portanto, um modelo de atuação que torne os pacientes verdadeiros agentes das mudanças tão necessárias, co-responsabilizando-os por seus cuidados. “Dessa forma, teremos dado um grande passo para a diminuição da morbimortalidade ocasionada por esse agravo tão prevalente e incapacitante” (JARDIM & JARDIM, 2006, p. 28).

Para o gestor hospitalar, a adesão ao tratamento recomendado interessa à medida que, o paciente não retornando ao hospital, disponibiliza mais leitos para casos de alta complexidade, otimizando assim a estrutura hospitalar. Além disso, gera-se à organização vários ganhos sociais como: imagem responsável de cuidados com o paciente e aumento da sua qualidade de vida.

Gerenciar serviços requer constante preocupação com a sua intangibilidade, que resulta de ações humanas e depende das pessoas para existir (SVEIBY, 2001). Os serviços são experiências que o cliente vivencia, o que torna sua gestão mais complexa (GIANESI & CORRÊA, 1996). Por conseguinte, administrar serviços exige a constante necessidade de avaliar a percepção do cliente, na medida em que ele só é entregue na operação (na ação) e precisa do cliente pra acontecer. A entrega dos serviços, ou a avaliação – dimensões competitivas – vão além da qualidade intrínseca, devido à presença do cliente durante o processo (GIANESI & CORRÊA, 1996).

Portanto, esta pesquisa tem significância teórica e prática no campo de pesquisa das organizações de serviços hospitalares. No desempenho da atividade, o gestor poderá compreender como ocorre a transferência de conhecimento ao cliente para a adesão, bem

como ter ciência da prática dos profissionais juntamente aos clientes. Na construção teórica, esta investigação permitirá relacionar a gestão do conhecimento com a adesão, de forma a identificar construtos teóricos adequados à ambientes de alta complexidade, à luz do tratamento da síndrome coronariana aguda. A utilização da metodologia da Análise da Conversa para compreender processos de gestão do conhecimento é outra contribuição proposta neste estudo.

1.4 Objetivos

O objetivo geral deste estudo é:

- (i) Analisar como ocorrem os processos de criação e transferência de conhecimento, em uma organização hospitalar, para promover a adesão ao tratamento por Síndrome Coronariana Aguda.

Objetivos específicos:

- (i) Identificar a estratégia de conhecimento que busca promover a adesão ao tratamento pós-internação por síndrome coronariana aguda na instituição.
- (ii) Identificar como ocorrem, na operacionalização dos serviços, os processos de criação e transferência de conhecimento que busca promover a adesão do cliente ao tratamento, junto aos funcionários e aos clientes.
- (iii) Entender como os procedimentos de operacionalização da criação e transferência de conhecimento, para promoção da adesão do cliente realizado pela equipe, estão alinhados com os objetivos estratégicos da instituição.

Para atingir aos objetivos propostos, a contextualização da pesquisa pode ser compreendida a partir do entendimento do contexto de gestão das políticas de adesão, ou seja, a partir da compreensão do por quê políticas de adesão são implementadas. Esse entendimento mostra-se importante neste trabalho, pela característica da especialização e expertise do local da pesquisa que é uma unidade vascular.

A seguir, a implementação das políticas de adesão depende de como o processo de criação e transferência do conhecimento ocorre na ação dos profissionais juntamente ao cliente. Em outras palavras, a implementação das políticas ocorre através de ações para que o cliente produza adesão ao tratamento recomendado, se expressa pelo modo como o processo de criação e transferência do conhecimento é colocado em prática pela equipe juntamente ao cliente.

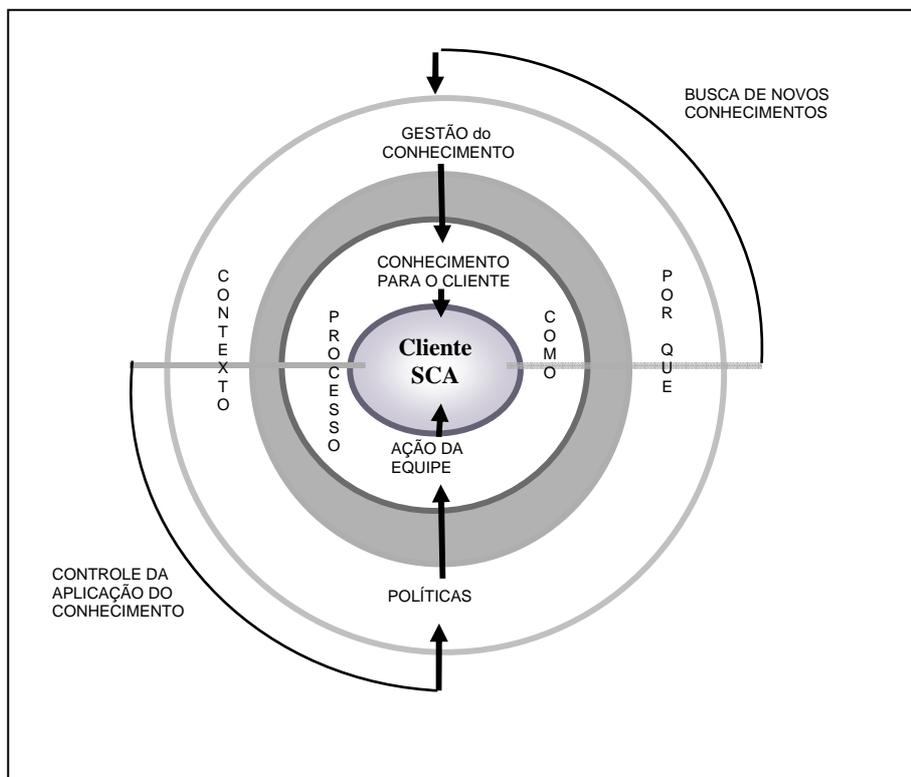


Figura 3: Contextualização da pesquisa

Fonte: Baseado em CHOO (2003)

Assim, a partir da compreensão do por quê é importante para a instituição que o cliente tenha adesão ao tratamento recomendado, e do entendimento do contexto em que a equipe coloca em ação tais políticas de adesão, será então comparado se os procedimentos de operacionalização da criação e transferência de conhecimento para promoção da adesão do cliente realizado pela equipe estão alinhados com os objetivos estratégicos da instituição.

A concordância ou a contradição entre o que a instituição espera e planeja e o que ocorre na prática, ou seja, na ação com o cliente, mostra potencial revelador para que ações

favorecedoras possam ser implementadas, para que o cliente tenha maior adesão ao tratamento recomendado.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 GESTÃO DO CONHECIMENTO

A necessidade de gerenciar o conhecimento nas organizações tem crescentemente se tornado o fator chave para o sucesso econômico, pois organizações em todo o mundo utilizam-se de estratégias e projetos de gestão do conhecimento para manterem-se competitivas e inovadoras (ABDULLAH, KIMBLE, BENNEST *et al*, 2006, NONAKA & TOYAMA, 2005, SVEIBY, 2001, ZACK 1999).

O conhecimento é visto como valioso e fonte segura para a vantagem competitiva, pois além de ser um meio de obtenção de benefícios econômicos e sociais, é difícil de imitar (DRUCKER, 2001; GRANT, 1996). Para Allee (1997) a capacidade presente e futura para garantir uma vantagem competitiva advém do valor do conhecimento, a qual é sustentável porque gera retornos crescentes e dianteiras continuadas (DAVENPORT & PRUSAK, 1998).

Como na literatura encontram-se diferentes conceitos sobre o que vem a ser a gestão do conhecimento, esta seção é iniciada com a discussão entre a distinção de dados, informação e conhecimento. Em seguida conceitos sobre gestão do conhecimento são categorizados conforme a ênfase no conteúdo, contexto ou processo (PETTIGREW & WHIPP, 1991; PETTIGREW, 1997).

Processos são compreendidos como uma seqüência de eventos, ações e atividades individuais e coletivos, desenrolando-se no contexto (PETTIGREW, 1997). Contexto refere-se tanto ao ambiente externo da organização (social, político e econômico), quanto ao interno (estratégia, estrutura, cultura, gestão, micropolíticas, etc.) enquanto conteúdo refere-se às áreas específicas analisadas (PETTIGREW, 1987).

2.1.1 Hierarquia de Valores: Dados, Informação e Conhecimento

Ao referir-se à gestão do conhecimento, torna-se fundamental a distinção hierárquica entre conhecimento, informação e dados, uma vez que se pode melhorar a compreensão do conhecimento em relação a estes conceitos (DAVENPORT & PRUSAK, 1998). Vários autores abordam esta questão. A discussão sobre a diferenciação entre dado, informação e conhecimento é consequência da historicidade da própria disciplina gestão do conhecimento. A partir do entendimento de gestão do conhecimento como processo, Sveiby (2001) caracteriza dados como discretos e símbolos desestruturados, informação como um meio para sua comunicação explícita e conhecimento como pessoal, dinâmico e distinto.

A informação é um meio ou material necessário para extrair e construir o conhecimento. Para estes autores a informação pode ser vista sob duas perspectivas: sintática, ou volume de informação e semântica ou o seu significado transmitido. Assim, enquanto a informação é entendida como um fluxo de mensagens, o conhecimento é criado pelo fluxo de informações, ancorado nas crenças e compromissos, enraizado nos sistemas de valor dos indivíduos. Portanto, tanto a informação quanto o conhecimento são relacionais e específicos ao contexto, pois são criados de forma dinâmica na interação social entre as pessoas (NONAKA & TAKEUCHI, 1997).

Allee (1997) entende que informação é uma forma de linguagem existente dentro de um ambiente e que faz parte de um bloco de conhecimentos. Já para a autora, conhecimento é experiência que pode ser comunicada e compartilhada. Para Drucker (2001) informação é dado investido de relevância e propósito, portanto a conversão de dados em informação requer conhecimento, que é por definição, especializado.

Conhecimento não é dado nem informação e nem mesmo são sinônimos. Para Davenport & Prusak (1998), dados são um conjunto de fatos distintos e objetivos, relativos a eventos. Os dados não revelam por que do evento, mas são matéria-prima essencial da informação. Já informação são os dados que fazem a diferença, tem significado, forma e finalidade. Ainda para estes autores, uma definição funcional de conhecimento é uma mistura de experiência, valores, informação contextualizada, intuição. O conhecimento se produz nas mentes que trabalham e faz parte da complexidade e imprevisibilidade humanas e ainda o

conhecimento está mais próximo da ação que os dados e as informações (DAVENPORT & PRUSAK, 1998).

Segundo Williams (2006) cada um dos domínios entre dado, informação e conhecimento, contém parâmetros implícitos do nível seguinte. Por exemplo, dados implicitamente, contém parâmetros do domínio da informação. A informação, por sua vez, contém parâmetros do domínio do conhecimento. O conhecimento encontra articulações na informação e esta no dado. De acordo com este autor, dados são geralmente formados a partir de um processo semiótico de construção taxonômica originado na experiência (ex. reconhecer a diferença entre objetos).

Portanto, a informação pode ser entendida sob três aspectos: *ante-formal*, procedural e contextual. A informação *ante-formal* é geralmente quando o dado é usado na identificação e classificação de eventos, fatos, incluindo algoritmos básicos como noções de seqüência, conseqüência, interação e relacionamentos, ou seja, informação não formalizada. Os aspectos formais da informação são compreendidos através da informação procedural e contextual.

A informação procedural compreende ferramentas, procedimentos e processos, os quais são articulados formalmente na contextual, por exemplo, resultado de uma escolha estratégica que passa para uma linguagem comum, capaz de transformar aspectos da conversação diária em informações formais que fazem sentido. Portanto, conhecimento é entendido por Williams (2006), como a articulação entre a informação procedural e o seu contexto, o que envolve ajustamento social, pessoal, técnico, institucional e financeiro. Assim, conhecimento é a capacidade para ter ações efetivas no contexto apropriado.

A seguir é apresentado um quadro sinóptico dos conceitos apresentados nesta seção (QUADRO 1):

Autor	Dado	Informação	Conhecimento
Nonaka & Takeuchi (1997)		Meio ou material para extrair ou construir conhecimento.	Criado pelo fluxo de informações ancorados nas crenças e valores dos indivíduos.

Allee (1997)		Forma de linguagem que existe dentro de um ambiente e que faz parte de bloco de conhecimentos	Experiência que pode ser compartilhada e comunicada.
Davenport & Prusak (1998)	Conjunto de fatos distintos e objetivos, relativos a eventos. Matéria-prima essencial da informação.	Dados que fazem a diferença, tem significado, formas e finalidade.	Mistura de experiência, valores, informação contextualizada, intuição. Produzido nas mentes que trabalham.
Sveiby (2001)	Dados são discretos e símbolos desestruturados.	Meio para sua comunicação explícita dos dados.	Conhecimento é pessoal, dinâmico e distinto.
Drucker (2001)		Dado investido de relevância e propósito.	Indispensável na conversão dos dados em informação.
Williams (2006)	Formado a partir de um processo semiótico de construção taxonômica originado na experiência.	<i>Ante-formal</i> : dado usado na identificação e classificação de eventos, fatos, algoritmos básicos etc. <i>Procedural</i> : Processos, ferramentas e procedimentos que poderão ser usados em um contexto. <i>Contextual</i> : articulação contextual dos processos, ferramentas e procedimentos.	Articulação entre a informação procedural e o contexto; capacidade para ter ações efetivas no contexto apropriado.

Quadro 1: Quadro sinóptico dos conceitos de dado, informação e conhecimento

Fonte: Dados desta pesquisa

Pode-se perceber algumas similaridades entre os diferentes autores, no que se refere a conceituação de dados entendido como o aspecto mais simples e desestruturado que forma a informação (DAVENPORT & PRUSAK, 1998; SVEIBY, 2001; WILLIAMS, 2001). A informação, por sua vez, é vista como mais próxima dos dados (DAVENPORT & PRUSAK, 1998; SVEIBY, 2001; DRUCKER, 2001) ou mais próxima do conhecimento (NONAKA & TAKEUCHI, 1997; ALLEE, 1997; WILLIAMS, 2006).

2.1.2 Conhecimento: Tácito X Explícito

Para se compreender o que vem a ser gestão do conhecimento é preciso especificar inicialmente conhecimento tácito e conhecimento explícito. Nonaka e Takeuchi (1997)

reeditam a dimensão epistemológica do conhecimento estabelecida por Polanyi (1983) entre conhecimento tácito e conhecimento explícito.

A partir da psicologia *gestalt*, Polanyi (1983) compreende que o conhecimento tácito é formado a partir de duas estruturas: a funcional e a fenomenal. Na estrutura funcional do conhecimento tácito, ocorre uma busca de movimentos elementares para formar uma proposição, porém não há freqüente habilidade para especificar estes atos elementares. Já na estrutura fenomenal no conhecimento tácito, há uma consciência da proximidade de entendimento sobre algo e consciência da similaridade com isso, porém não se consegue dizer exatamente o que é. Portanto, o conhecimento tácito é subjetivo, provém da experiência, criado “aqui e agora” em contexto específico e na prática (NONAKA & TAKEUCHI, 1997). Este entendimento é similar ao de experiência de Weick (1995), em que a experiência vivida é pessoal e neste sentido absolutamente íntima.

O conhecimento tácito é usado de forma implícita pelos membros da organização para realizar seu trabalho e dar sentido ao seu mundo. É difícil de verbalizar, pois é expresso nas habilidades baseadas na ação, não podendo se reduzir a regras e receitas, portanto não codificado, aprendido a partir da experiência e execução de uma tarefa (CHOO, 2003). Para Weick (1995) embora a experiência vivida possa não ser transmitida em determinado momento do tempo, pode ainda sombrear os sentidos dados a todas as experiências subseqüentes do ator; disponível para ser reconstituída e reorganizada. Os interesses do ator individual condicionam o sentido dado à experiência posteriormente. Em outras palavras, o sentido é a maneira pela qual a atenção do ator ou da pragmática coletiva entende as experiências passadas. Nonaka & Konno (1998) possuem um entendimento semelhante ao de Weick (1973), em que o conhecimento tácito é altamente pessoal, difícil de formalizar, comunicar ou dividir com outros, pois é da ordem do modo de percepção do mundo.

O conhecimento tácito tem uma importante dimensão cognitiva, baseada em modelos mentais, crenças e perspectivas arraigadas que influenciam na visão de mundo do sujeito, o qual está profundamente arraigado na ação e no comprometimento do indivíduo com determinado contexto, pois consiste em parte de habilidades técnicas, como a destreza de difícil especificação incorporada ao termo *know-how*. Por exemplo, a perícia de um experiente artesão na ponta dos dedos, mas que não consegue explicitar os princípios técnicos subjacentes à atividade (NONAKA, 2001).

O conhecimento tácito pode ser compartilhado **através de formas ricas de discurso** e/ou recursos de comunicação que incluem o uso de analogias, metáforas ou modelos e mediante o compartilhamento de histórias. Além disso, o conhecimento é quase sempre compartilhado tacitamente por membros de grupos sociais, através das práticas e relações que emergem do trabalho, nesse sentido existe no grupo e em certos níveis da organização, podendo transformar-se em novas capacidades, produtos e serviços. O conhecimento tácito gera um novo valor quando se torna explícito (CHOO, 2003).

Portanto, observa-se que as duas dimensões do conhecimento tácito apregoadas por Polanyi (1983) estão no cerne do entendimento dos diversos autores aqui citados. Assim, pode-se compreender tal comparação através do quadro 2:

Dimensão Polanyi (1983)	Entendimento	Autores
Funcional	Subjetivo	NONAKA & TAKEUCHI (1997)
	Provém da experiência	NONAKA & TAKEUCHI (1997)
	Modelos mentais/ processos cognitivos	NONAKA (2001)
Fenomenal	Faz sentido no contexto	WEICK (1995) NONAKA & TAKEUCHI (1997) CHOO (2003)
	Percepção pessoal	NONAKA & KONNO (1998)
	Compartilhar através de comunicação	CHOO (2003) WEICK (1973)

Quadro 2: Dimensões do conhecimento tácito de Polanyi x conceitos posteriores

Fonte: Dados desta pesquisa

Para este estudo compreende-se conhecimento tácito a partir do entendimento de Polanyi (1983) como estrutura fenomenal, uma vez que existe consciência da proximidade do entendimento, através da **‘expressão do conhecimento tácito na atividade’**, considerando que está em algum lugar entre o conhecimento tácito em si e o conhecimento explícito.

Já o conhecimento explícito é objetivo, provém da racionalidade, lida com objetos passados do tipo “lá e então” e é orientado por uma teoria independente de contexto. O conhecimento **explícito** pode ser expresso formalmente, passível de ser comunicado e difundido. Baseia-se em objetos (produtos, patentes, protótipos) ou regras (normas, rotinas,

procedimentos operacionais). Mesmo que as organizações trabalhem com os mesmos procedimentos-padrão, cada uma desenvolverá seu próprio repertório de rotinas em função de sua experiência e do ambiente que opera (CHOO, 2003).

Para Nonaka & Konno (1998), conhecimento explícito pode ser expresso em forma de números e dividido através de dados, fórmulas científicas, especificações, manuais; podendo ser transmitido entre indivíduos individual e sistematicamente. Ou seja, o conhecimento explícito não deixa de ser um conhecimento sistematizado e categorizado. Quando as pessoas categorizam aspectos do ambiente, agem como se existisse algo fora para ser descoberto, como uma ordem externa e factual que faz sentido (WEICK, 1995).

O quadro 3 demonstra os dois tipos de conhecimento:

Conhecimento Tácito (Subjetivo)	Conhecimento Explícito (Objetivo)
Conhecimento da experiência (corpo)	Conhecimento da racionalidade (mente)
Conhecimento simultâneo (aqui e agora)	Conhecimento seqüencial (lá e então)
Conhecimento análogo (prática)	Conhecimento digital (teoria)

Quadro 3: Tipos de conhecimento

Fonte: Nonaka e Takeuchi (1997, p. 67)

O debate sobre a conceitualização e interação entre conhecimento tácito e explícito se mostra em alguns artigos mais recentes. Para Abdullah *et al.* (2006) conhecimento tácito é abstrato e estático, pode ter proprietário, mesmo sem estar sendo usado, já conhecimento explícito é concreto e dinâmico, refere-se a quem e o que se faz e não é passível de propriedade. O balanceamento entre o conhecimento tácito e explícito refere-se a uma perda de conhecimento tácito no processo de conversão, tal qual defendido por Nonaka e Takeuchi (1997). Para os autores, entender as diferenças entre estes dois tipos de conhecimento é importante para identificar o tipo de aplicação e resolução de problemas de conhecimento que pode ser solucionado usando-se técnicas de engenharia do conhecimento como as usadas dos sistemas baseados no conhecimento. Observa-se, portanto, que o entendimento do conceito de

conhecimento tácito e explícito de Abdullah *et al.* (2006) não difere na sua essência do entendimento de Nonaka & Takeuchi (1997) ou Nonaka & Konno (1998).

Para Martin, Hatzakis, Lycett & Macredie (2005) uma dos mais proeminentes discussões que prevalecem na teoria da gestão do conhecimento é o debate entre tácito e explícito em particular pela espiral do conhecimento, popularizado por Nonaka. Os autores questionam se os conceitos sobre tácito e explícito podem capturar todas as nuances de complexidade dos relacionamentos humanos e o grau de envolvimento em uma comunidade que compartilha conhecimento.

Abdullah, Kimble, Benest & Paige (2006) percebem a necessidade de balanceamento entre o conhecimento tácito e o explícito, pois entendem que o conhecimento explícito refere-se a um conhecimento objetivo, derivado de uma informação racional e passível de ser representado através de fórmulas, diagramas, reportagens. Ele pode ser comunicado, codificado e transferido usando técnicas representativas apropriadas e linguagem comum. Já conhecimento tácito diz respeito ao ‘como’ se faz algo, de natureza mais subjetiva, o qual é relatado por idéias, percepções, experiências. A dificuldade em transferi-lo refere-se à dificuldade em encontrar significado de representações comuns por ser adquirido através da experiência e prática.

Williams (2006) propõe uma revisão do funcionamento da gestão do conhecimento no que tange a distinção entre tácito e explícito. O autor não despreza as contribuições das dimensões tácitas e explícitas para ao campo da gestão do conhecimento. Considera importante fazer uma distinção entre a informação *ante-formal* e a formal que pode ser dividida em procedural e contextual. Para o autor, a próxima articulação para gerar conhecimento é o complexo ajustamento entre estes dois tipos de informação formal, que envolve domínio institucional, pessoal, técnico, financeiro e cultural dentro de comunidades do discurso, pois, para o autor, conhecimento é de natureza inerentemente narrativa. Assim o conhecimento tácito, presente no nível de informação *ante-formal*, decresce em estágios menos formais no domínio do conhecimento e reemerge em estágios mais complexos.

Apesar das diferentes críticas apontadas a teoria do conhecimento tácito e explícito em que haveriam novos estágios, entendimentos, balanceamento, abrangência (WILLIAMS, 2006; ABDULLAH *et al.*, 2006; MARTIN *et al.*, 2005) observa-se que a teoria divulgada

principalmente por Nonaka continua sendo um dos pilares que sustentam a abordagem da gestão do conhecimento.

Conhecimento organizacional, por sua vez, engloba a capacidade das organizações de processar e criar conhecimento. Criar conhecimento organizacional significa criá-lo, disseminá-lo na organização e incorporá-lo a produtos, serviços e sistemas (NONAKA & TAKEUCHI, 1997). Choo (2003) entende o conhecimento organizacional como uma qualidade emergente de uma rede de processos de uso da informação, na qual ocorre a aquisição, criação, organização, distribuição e utilização da informação que precisa ser transformada em conhecimento através de aprendizado, *insight* e compromisso com a ação. Observa-se, que as duas conceitualizações apresentam direcionamento opostos, pois Nonaka & Takeuchi (1997) privilegiam a criação do conhecimento, enquanto Choo (2003) a transmissão interna do conhecimento organizacional.

A conceitualização sobre gestão do conhecimento em si está proposta na seguinte seção, através da sua categorização nas ênfases de processo e de contexto apresentadas. Salienta-se que a categorização proposta neste estudo, dos conceitos sob a ênfase de contexto e processo serve apenas para facilitar o entendimento das evidências investigadas, possibilitando assim, uma compreensão mais coerente diante do escopo proposto.

2.1.3 Gestão do Conhecimento com Ênfase no Processo

Nesta seção são enfatizados conceitos que consideram gestão do conhecimento como um processo, entendendo que processos são compreendidos como uma seqüência de eventos, ações e atividades individuais e coletivas, desenrolando-se no contexto (PETTIGREW, 1997).

Segundo Sveiby (2001a) gestão do conhecimento apresenta duas abordagens: uma alicerçada na tecnologia da informação e outra voltada para a gestão de pessoas. Na abordagem da tecnologia da informação o conhecimento é entendido como um objeto, na da gestão de pessoas, como processo. Este autor enfatiza que o conhecimento organizacional está concentrado nas pessoas, nos processos, como um ativo intangível, complexo e de difícil mensuração. Assim, a gestão do conhecimento é entendida como uma abordagem estratégica

para a gestão dos recursos do conhecimento, particularmente dos trabalhadores do conhecimento, sem referências à tecnologia da informação (SVEIBY, 2001b).

Choo (2003) enfatiza o entendimento de gestão do conhecimento como processo a partir da perspectiva da ciência da informação. Por isto, este autor concorda com a idéia de que o conhecimento não é um objeto a ser conquistado, mas um **processo de construção social** contínuo e de ação coletiva incorporado nas tarefas, nos relacionamentos e instrumentos da organização. Para este autor, as atividades práticas devem ser entendidas a partir da relação entre pensamento, comportamento, ações individuais e práticas coletivas, ou seja, sobre seus sistemas de atividade.

As organizações processam e usam a informação em três arenas: criação de significado, tomada de decisões e construção do conhecimento. Quando as três arenas usam a informação para constituir uma rede de processos que geram significado, aprendizado e ações é que o conhecimento organizacional emerge (CHOO, 2003).

A função da criação de significado é interpretar o ambiente por meio de seqüências conectadas de interpretação, seleção e retenção (WEICK, 1973; CHOO, 2003). Na interpretação as pessoas criam o ambiente separando, reorganizando e rotulando porções da experiência, convertendo assim dados brutos do ambiente em dados ambíguos que devem ser interpretados. Na seleção, as pessoas escolhem significados que podem ser atribuídos a estes dados ambíguos, usando interpretações passadas como gabaritos para a experiência atual, fornecendo explicações casuais para o que está ocorrendo. Já na retenção, as organizações armazenam os resultados da criação de significado bem sucedida, interpretações que foram significativas, de modo que possam ser recuperados no futuro.

Quanto à tomada de decisões, ao escolher tomar um curso de ação, a organização deve racionalmente identificar, prever e avaliar. Como as organizações não têm capacidade para processar tantas informações, Choo (2003) propõe quatro modos de decisão:

- (i) no modo racional limitado ocorre quando os objetivos, técnicas e procedimentos estão claros e a organização vai atrás do que já aprendeu;

- (ii) no modo processual os objetivos são estratégicos, mas os métodos técnicos são incertos, provocando interrupções e repetições;
- (iii) no modo político quando os objetivos são contestados por vários grupos de interesse, mas a certeza técnica é alta, havendo barganha entre os grupos;
- (iv) no modo anárquico, quando a incerteza é alta tanto em relação aos métodos quanto aos objetivos, as decisões são fluxos independentes de problemas, soluções, participantes e oportunidades de escolhas.

Finalmente a última arena entendida por Choo (2003) é a construção de conhecimento que é a identificação de lacunas no conhecimento existente da organização. Estas lacunas impedem solucionar problemas, criar ou aproveitar oportunidades.

Para este estudo, interessa a arena da construção de conhecimento, proposta por Choo (2003). Esse autor entende que as raízes do conhecimento organizacional estão na experiência e especialização de cada um de seus membros e que a empresa deve oferecer um contexto físico, social e cultural para que a prática e o crescimento desse conhecimento adquiram significado e propósito. Assim, enquanto o conhecimento permanece pessoal, de modo que não seja facilmente compartilhado, as organizações não conseguem multiplicar o valor dessa experiência, aproveitando todo o seu potencial. Contudo, se todo o conhecimento pessoal for formalizado, pode prejudicar a aprendizagem e a criatividade.

Observa-se que o entendimento de Choo (2003) sobre o ciclo do conhecimento organizacional, utiliza muitos conceitos de Weick (1973, 1995) referente à criação de significado. O próprio Choo (2003) admite este embasamento, o que trás poder explicativo não somente ao aspecto da criação de significado, mas subjaz todo o entendimento da dinâmica do conhecimento organizacional proposta pelo autor.

Nonaka (2007) enfatiza que o modo ocidental de gerenciar as organizações é voltado para o aspecto quantitativo e que o segredo do sucesso de muitas empresas japonesas está em sua abordagem para criar novos conhecimentos. Tal abordagem vai além do processamento de informações objetivas, pois depende de *insights* subjetivos, intuições, enfim do conhecimento tácito. “A chave para este processo é o comprometimento pessoal dos empregados e o sentido de identidade com a empresa e sua missão” (NONAKA, 2007, p. 164). Diante disso, as ferramentas apropriadas para gestão são diferentes das típicas ocidentais, ou seja, modificam-

se alguns papéis gerenciais, uma vez que os gestores devem ir atrás de um ideal, que garanta um guarda-chuva conceitual: conceitos e termos que identifiquem as características comuns que liguem o negócio a um todo coerente (NONAKA, 2007). Neste sentido, nesta pesquisa entende-se que a ‘Gestão do Conhecimento’ pode contribuir para a criação e transferência do conhecimento, através do papel dos gestores no processo, tais como o fomento de um contexto capacitante para a criação de conhecimento (KROGH *et al.* (2001). A capacidade para criar conhecimento organizacional pode vir a partir de práticas integrativas de gestão como recompensa, socialização e rotinas de comunicação (UN & CUERVO-CAZURRA, 2004).

Krogh *et al.*(2001) denominam de processo de capacitação para o conhecimento ao conjunto de atividades organizacionais que afetam de maneira positiva a criação do conhecimento, a qual inclui a facilitação dos relacionamentos e das conversas, bem como o compartilhamento do conhecimento - presente e futuro - em toda a organização. A interação através da troca de idéias e opiniões está na base da capacitação do conhecimento como o lugar do conhecimento tácito (ABREU, SOUZA E GONÇALO, 2007).

Snowden (2000a *apud* SNOWDEN, 2002) propõe um entendimento do conhecimento menos sistematizado que os dos autores citados anteriormente. Para ele, conhecimento é voluntário, maior do que se pode articular, contextual e circunstancial. O contexto abarca as dimensões de abstração e de cultura. Na dimensão de abstração há níveis implícitos e explícitos, alguns com maior dificuldade e maior custo em transmitir o conhecimento e outros menos. Na prática existe uma zona entre o baixo e alto nível de aceitabilidade da abstração nas trocas de conhecimento. Na dimensão da cultura, há duas maneiras: sistema sócio-cultural de padrões de uma comunidade e como uma rede que proporciona aprendizados culturais (SNOWDEN, 2002).

Snowden (2002) propõe uma teoria em que os sistemas adaptativos complexos são usados para criar um modelo de *sense-making* que utiliza a capacidade auto-organizativa das comunidades informais e identifica um modelo de fluxo natural de criação, mobilização e utilização do conhecimento. Assim, Snowden (2002) propõe um modelo de *sense-making* das dimensões de abstração e criação cultural: Cynefin. *Sensemaking* significa literalmente construir significado. Esta construção de significado torna-se importante diante de situações complexas, onde é preciso fazer sentido sobre a experiência. A experiência vivida é pessoal e

neste sentido absolutamente íntima. Portanto, *sensemaking* é para construir, estruturar, filtrar, criar certeza (*facticity*) e render o subjetivo dentro de algo mais tangível (WEICK, 1995).

Para Snowden (2002) a gestão do conhecimento encontra-se em sua terceira geração. A primeira geração é anterior a 1995, priorizava a estrutura e o fluxo das informações para fins decisórios com aplicação de tecnologia da informação. A segunda geração da gestão do conhecimento iniciou por volta de 1995 com a popularização do modelo SECI de Nonaka. Snowden (2002) preconiza o fim da segunda geração com foco na conversão do conhecimento tácito-explicito. Assim, o conceito de gestão do conhecimento mudou: conhecimento não é uma coisa, nem um sistema, mas um processo efêmero e relativo que não pode ser contado, mensurado e gerenciado, contempla uma natureza paradoxal, ou seja, apresenta uma dimensão de abstração. A figura 4 representa a linha do tempo compreendida pelo autor.

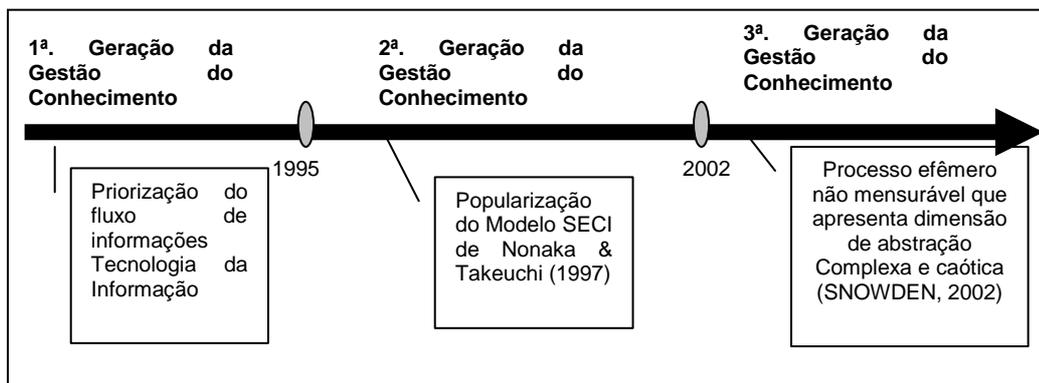


Figura 4: Cronologia da gestão do conhecimento
Fonte: Snowden (2002)

Portanto, a terceira geração da gestão do conhecimento é compreendida por Snowden (2002) como complexa e caótica, onde é preciso um incremento de uma consciência de fronteira e uma transição entre diferentes modelos de tomada de decisão, liderança ou comunidade. Enfim, a terceira geração da gestão do conhecimento requer uma clara separação de contexto, narrativa e conteúdo gerencial e desafia o gerenciamento científico e ortodoxo (SNOWDEN, 2002).

A seguir são apresentados os conceitos e explicitações dos processos de gestão do conhecimento aceitos para este estudo.

O conhecimento compartilhado é gerado através da socialização, como modelos mentais ou habilidades técnicas compartilhadas. A externalização gera um conhecimento conceitual, a combinação dá origem ao conhecimento sistêmico e a internalização produz conhecimento operacional (NONAKA E TAKEUCHI, 1997). Esses conteúdos do conhecimento interagem entre si na espiral do conhecimento. Para Nonaka e Takeuchi (1997), o processo de criação do conhecimento ocorre quando o conhecimento acumulado externamente é compartilhado de forma ampla dentro da organização, armazenado como parte da base de conhecimentos da empresa e utilizado pelos envolvidos no desenvolvimento de novas tecnologias e produtos. Para Weick (1995) o indivíduo não fala em nome da organização, mas, quando incorpora os valores, crenças e objetivos da coletividade, o comportamento individual é mais macro do que usualmente reconhecemos.

O modelo SECI é composto de quatro processos: Socialização, Externalização, Combinação e Internalização, que são explicitados no quadro 4:

Passos	Processos de Conversão do Conhecimento
Socialização	Compartilhar conhecimento tácito entre indivíduos. “O conhecimento tácito pode ser dividido se o ‘eu’ está livre para começar a incluir o conhecimento tácito do outro” (NONAKA & KONNO, 1998, p. 42). Envolve captura de conhecimento através de proximidade física, por exemplo da interação direta entre fornecedores e consumidores.
Externalização	Expressão do conhecimento tácito em formas compreensíveis, tais como palavras, conceitos, figuras de linguagem, visual, diálogo, enfim externalizado. Envolve entender consumidores e <i>experts</i> através de raciocínio indutivo, dedutivo ou abdução (inferências criativas). Enfim, explicitar de forma que facilite o entendimento.
Combinação	Combina conhecimento explícito em explícito através da comunicação, difusão e sistematização do conhecimento. Novos conhecimentos geram estágios transcendentais de diálogo e signos para fins de consensos próprios para decisões práticas.
Internalização	Conversão do conhecimento explícito em conhecimento tácito. Requer que o indivíduo identifique-se com conhecimentos relevantes para si. Aprender fazendo, o conhecimento explicitado deve ser incorporado na ação prática.

Quadro 4: Modelo SECI de conversão do conhecimento

Fonte: Nonaka e Konno (1998) e Nonaka e Takeuchi (1997)

A representação gráfica do conjunto de processos do modelo SECI, denominada de espiral do conhecimento, é apresentada na figura 5.

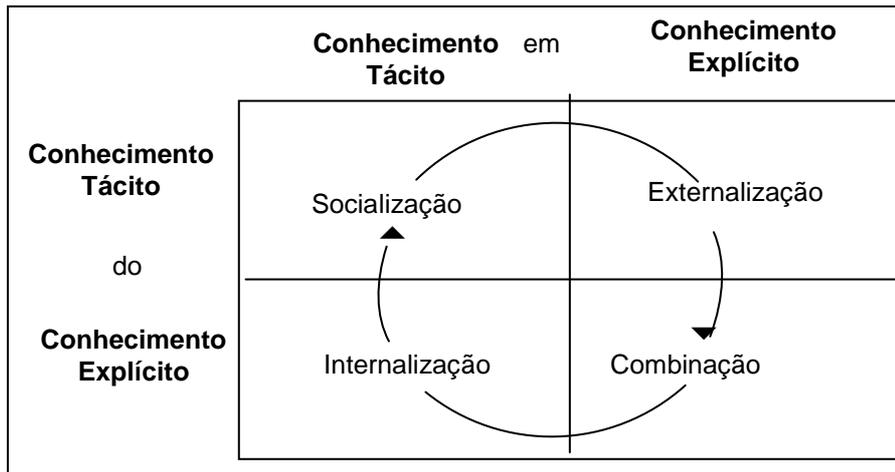


Figura 5: Espiral do conhecimento (Modelo SECI)

Fonte: Nonaka e Takeuchi (1997, p. 80).

O conhecimento é criado através da síntese de pensamento e ação de indivíduos que interagem com outros dentro e além das fronteiras organizacionais. Assim, o conhecimento cria novas *práxis* de interação e compartilha a base para nova existência através da espiral de criação do conhecimento (NONAKA & TOYAMA, 2005).

Sowden (2002) endereça uma crítica ao modelo de Nonaka e Takeuchi (1997), pois entende que este replica uma primeira geração com foco em informações oportunas para prover e suportar decisões.

Pode-se perceber, portanto, como resposta à crítica feita por Snowden (2002) que o modelo de conversão do conhecimento tácito-explícito continua a ser utilizado em trabalhos recentes de Nonaka (NONAKA & TOYAMA, 2005). Segue o entendimento de que mesmo que o modelo SECI replique a segunda geração da gestão do conhecimento, continua sendo utilizado e tem sua base na interação dinâmica entre objetividade e subjetividade (NONAKA & TOYAMA, 2005). Por outro lado, o próprio Snowden (2002) utiliza a mesma base de

interação dinâmica em seu modelo Cynefin, pois descreve os quadrantes/domínios da ordem e o da desordem (KURTZ & SNOWDEN, 2003), remetendo ao aspecto tácito (subjeto) e explícito (objetivo) proposto por Nonaka e criticado pelo autor. Pode-se compreender que, na essência de seus modelos, estão tentando comunicar conceitos muito semelhantes.

A seguir são apresentados os conceitos de gestão do conhecimento com ênfase no processo explicitados nesta seção:

Ênfase	Autor	Conceito de Gestão do Conhecimento
<i>Processo</i>	NONAKA & TAKEUCHI (1997)	O conhecimento tácito é subjetivo, provém da experiência, criado “aqui e agora” em contexto específico e na prática. Já o conhecimento explícito é objetivo, provém da racionalidade, lida com objetos passados ou “lá e então” e é orientado por uma teoria independente de contexto.
	SVEIBY (2001)	Uma abordagem estratégica para a gestão dos recursos do conhecimento, particularmente dos trabalhadores do conhecimento, sem referências à tecnologia da informação.
	KROGH <i>et al.</i> (2001)	Conjunto de atividades organizacionais que afetam de maneira positiva a criação do conhecimento, tais como a facilitação dos relacionamentos e das conversas, bem como o compartilhamento do conhecimento - presente e futuro - em toda a organização.
	SNOWDEN (2002)	Os sistemas adaptativos complexos são usados para criar um modelo de <i>sense-making</i> que utiliza a capacidade auto-organizativa das comunidades informais e identifica um modelo de fluxo natural de criação, mobilização e utilização do conhecimento.
	CHOO (2003)	Processo de construção social contínuo e de ação coletiva incorporado nas tarefas, nos relacionamentos e instrumentos da organização.

Quadro 5: Conceitos de gestão do conhecimento - processo

Fonte: Dados desta pesquisa

Com base nos conceitos do quadro 5, para o âmbito desta pesquisa, gestão do conhecimento com ênfase no processo é entendida como: um processo de construção social, embasado na especialização dos membros através de suas práticas que adquirem significado e propósito em um ambiente de capacitação para o conhecimento. Especificamente no que se refere à adesão ao tratamento, foco deste estudo, o entendimento da gestão do conhecimento com ênfase no processo é vital, pois a adesão é resultado de um processo de conhecimento

que ocorre entre a equipe de médicos e outros profissionais direcionados ao atendimento do cliente, durante todo o ciclo de atendimento.

2.1.4 Gestão do Conhecimento com Ênfase no Contexto

Nesta seção são enfatizados conceitos que fundamentam a gestão do conhecimento como inseparáveis do seu contexto. Pettigrew (1987) entende que contexto refere-se tanto ao ambiente externo da organização (social, político e econômico), quanto ao interno (estratégia, estrutura, cultura, gestão, micropolíticas, etc.). Porém, o contexto delineado no âmbito deste estudo é o contexto interno, uma vez que respeita a delimitação da pesquisa.

O entendimento do conhecimento como sendo da ordem do subjetivo permeia muitos conceitos, pois a criação de conhecimento não se sustenta somente de informações objetivas, mas também do aproveitamento dos *insights*, das intuições e dos palpites subjetivos e tácitos dos diferentes empregados (NONAKA, 2001). Tais condições para a criação do conhecimento dependem do contexto organizacional em que tais situações estão ocorrendo. Já Nonaka & Konno (1998) enfatizam a importância do contexto na criação do conhecimento através de seu entendimento de *ba*, o qual é a seguir explicitado.

A criação de conhecimento é um processo auto-transcendental através da transformação entre conhecimento tácito e explícito. A criação de conhecimento é um processo em espiral de interações entre o conhecimento tácito e o explícito, através de quatro passos no processo de conversão do conhecimento, chamado modelo SECI conforme a figura 8 (NONAKA & KONNO, 1998).

Para Nonaka e Konno (1998) o processo de transferência de uma idéia ou imagem diretamente aos colegas e subordinados significa compartilhar conhecimento pessoal e criar um lugar comum - *ba* (figura 2). A criação de conhecimentos emerge de interações em que há um *ba* compartilhado. Conforme os autores, o conceito de *ba* foi proposto pelo japonês Kitaro Nishida em 1970. *Ba* é entendido como o mundo em que o individual se realiza a si mesmo como parte do mundo em que depende sua vida. Para indivíduos o *ba* é o time, bem como para os times, o *ba* é a organização. Finalmente para a organização o *ba* é o mercado. É

também entendido como a estrutura (fronteiras no espaço e no tempo) em que o conhecimento é ativado como um recurso para a criação. A lógica do uso do conhecimento é diferente dos recursos tangíveis, os quais precisam ser distribuídos eficientemente de acordo com funções e objetivos. Conhecimento, todavia, é intangível, fronteiro e dinâmico e se ele não é usado em um tempo e espaço específicos, perde a validade. *Ba* é uma plataforma de concentrações de recursos dos ativos de conhecimento organizacional.

O conhecimento é criado e transformado em função de um contexto capacitante, o qual é entendido por Krogh et al. (2001) como um espaço físico, virtual ou mental compartilhado que fomente novos relacionamentos. Portanto “o conhecimento é dinâmico, relacional e baseado na ação humana; depende da situação e das pessoas envolvidas, e não de verdades absolutas e fatos tangíveis” (KROGH et al., 2001, p.16).

Krogh *et al.* (2001) identificaram cinco condições capacitadoras do conhecimento:

- (i) promover a visão do conhecimento: legitima as iniciativas da criação de conhecimento na empresa e ajuda a articular com mais eficácia os novos conceitos;
- (ii) gerenciar as conversas: em uma atmosfera de solicitude, os bons relacionamentos ajudam a baixar a desconfiança, medo e abrandam as barreiras pessoais e organizacionais através de conversas eficazes e criativas;
- (iii) mobilizar os ativistas do conhecimento: enfatiza as pessoas que iniciam e coordenam os processos de criação de conhecimento, ajudando os ativistas a inspirar e/ou coordenar as microcomunidades, grupos ou equipes;
- (iv) criar contexto adequado: refere-se ao *ba*, ou contexto capacitante. É a maneira com que a interação ocorre na estrutura da empresa, por isto deve fundamentar-se na solicitude;
- (v) globalizar o conhecimento local: enfatiza a disseminação do conhecimento através de muitos níveis organizacionais, fundamental quando o conhecimento está segregado em um tempo e espaço.

Portanto, o objetivo da gestão do conhecimento é estimular os profissionais a fazer um excelente trabalho e, ao mesmo tempo, captar o conhecimento de cada um e convertê-lo em algo que a empresa possa utilizar, como por exemplo, novas rotinas, novas idéias sobre

clientes, novos conceitos de produto. Ou seja, o trabalho do conhecimento é uma condição humana, não um privilégio de poucos (KROGH *et al*, 2001).

A seguir é apresentado o quadro 6 que comporta uma definição sucinta do que vem a ser gestão do conhecimento para cada autor mencionado.

Ênfase	Autor	Conceito de Gestão do Conhecimento
<i>Contexto</i>	NONAKA & KONNO (1998)	A transferência de uma idéia ou imagem diretamente aos colegas e subordinados significa compartilhar conhecimento pessoal e criar um lugar comum – <i>ba</i> .
	KROGH, ICHIJO & NONAKA (2001)	Disponibilização de condições que afetam de maneira positiva a criação do conhecimento, a qual inclui a facilitação dos relacionamentos e das conversas no contexto.

Quadro 6: Conceitos de gestão do conhecimento - contexto

Fonte: Dados desta pesquisa

Para o escopo desta pesquisa, com base nos conceitos do quadro 6, gestão do conhecimento com ênfase no contexto é entendida como:

A criação de um lugar comum que promova a transferência e o compartilhamento do conhecimento entre toda a equipe, através da facilitação dos relacionamentos, das conversas e da estrutura organizacionalmente disponibilizada no contexto. O contexto é fundamental para a promoção do compartilhamento do conhecimento sobre a adesão, pois o cliente vivencia neste contexto, ações integradas dos profissionais, voltadas para a promoção da adesão.

2.1.5 Processos de Criar e Transferir Conhecimento

Segundo Alavi (2001) o objetivo dos sistemas de gestão do conhecimento é suportar a criação, transferência e aplicação do conhecimento nas organizações. Se gestão do conhecimento é visto como um objeto, ou é equivalente ao acesso à informação, então deveria

focalizar-se sobre a construção e o gerenciamento de estoques de conhecimento. Se conhecimento é um processo, o foco da gestão do conhecimento é sobre o fluxo do conhecimento que engloba o processo de criação, compartilhamento e distribuição do conhecimento. Maier & Remus (2002) concordam que as atividades do processo de gestão do conhecimento passam pela sua identificação, organização e distribuição.

Esta pesquisa cerca o tema da gestão do conhecimento sob a ótica processual, portanto refere-se ao processo de estratégia de conhecimento organizacional. Estratégias de conhecimento são diferentes abordagens e atividades que conduzem a agregar valor ao negócio através da maneira com que a organização se encarrega do seu conhecimento. Assim, estratégias de conhecimento em produtos e serviços produzem uma visível diferença com os consumidores (perspectiva externa) e ajudam a orientar o desenvolvimento e gerenciamento do ponto de vista interno da organização. O processo de estratégia de conhecimento deveria ser hábil para harmonizar tanto as orientações do mercado, como dos recursos internos da organização (MAIER & REMUS, 2002).

Estratégias de conhecimento procuram agregar valor ao negócio, pois exploram novas vantagens competitivas a partir do conhecimento existente ou do novo conhecimento pesquisado (WIGG, 1997). Para Wigg (1997), existem muitas maneiras e abordagens capazes de capitalizar o conhecimento em valor que beneficie o empreendimento, através da efetiva gestão dos processos de conhecimento.

Para um melhor entendimento, consideram-se, no escopo deste estudo, **que criar e transferir conhecimento são os aspectos primordiais da estratégia de conhecimento**, uma vez que, através do processo de gestão do conhecimento são promovidas ações para criar e transferir conhecimento no desempenho das atividades (GONÇALO, 2005; ALAVI & LEIDNER, 2001; NONAKA & TAKEUCHI, 1997). Assim, na abrangência desta pesquisa, estratégia do conhecimento é o resultado do conhecimento que se concretiza na ação efetiva do cliente.

A estratégia de conhecimento requer das pessoas uma ação em tempo real, que inclui o devido tratamento eficiente da informação e a concentração de esforços em procurar um outro conhecimento. Em outros termos, a construção de estratégias de conhecimento (criar e

transferir conhecimento) irá viabilizar alternativas para promover o conhecimento desejado de forma sistêmica (GONÇALO & LEZANA, 2003).

O processo de estratégia de conhecimento pode ser compreendido sob duas dimensões: a implementação estratégica e a formulação estratégica (BUCKOWITZ & WILLIAMS, 2000). A implementação estratégica diz respeito ao aspecto tático do processo de gestão do conhecimento e a formulação estratégica constitui a etapa de definição do conhecimento que será necessário no futuro (BUCKOWITZ & WILLIAMS, 2002; GONÇALO, 2005). Assim, o aspecto tático da gestão do conhecimento corresponde às ações para criar e transferir conhecimento no desempenho das atividades, enquanto que a formulação estratégica refere-se às condições necessárias para que se tenha certo conhecimento pretendido no futuro.

O aspecto tático da gestão do conhecimento contempla quatro passos básicos para Bukowitz & Williams (2002), que são a obtenção, utilização, aprendizagem e contribuição. Assim, o processo ocorre conforme as pessoas da organização reúnem a informação de que precisam para o seu trabalho diário, utilizam o conhecimento para gerar valor, aprendem com o que criaram e, finalmente, devolvem esse conhecimento para o sistema, com o objetivo que outros o utilizem na solução de problemas.

De maneira semelhante, Alavi & Leidner (2001) descrevem quatro processos de conhecimento que caracterizam como distintos e interdependentes: criação ou construção, armazenagem ou recuperação, transferência e aplicação. A criação envolve um intercâmbio contínuo entre as dimensões tácita e explícita do conhecimento e um fluxo crescente através dos níveis individual, grupal e organizacional. Armazenagem e recuperação de conhecimento referem-se ao compartilhamento da memória organizacional no tempo e no espaço. Já a transferência de conhecimento ocorre em vários níveis (indivíduos, grupos e organização) e envolve o processo de comunicação e o fluxo de informação que dirigem o processo. Finalmente aplicação do conhecimento requer a construção de regras, padrões, procedimentos e instruções desenvolvidas a partir do conhecimento tácito dos especialistas, convertido em conhecimento explícito através da eficiência da comunicação.

Assim, compreende-se as etapas do processo de gestão de conhecimento como um sistema auto-renovado que depois de criado, o conhecimento precisa ser armazenado, para

então poder ser transferido e aplicado, o que gera um aprendizado passível de contribuição para a criação de outro conhecimento (ALAVI & LEIDNER, 2001 E BUKOWITZ & WILLIAMS, 2002), são mais bem detalhadas no quadro 7.

Etapas do processo de gestão do conhecimento		
CRIAR	Criar	Engloba as fontes do conhecimento e as condições facilitadoras para a atuação das pessoas.
	Armazenar	Captação do conhecimento explícito das pessoas da organização, sua codificação e armazenagem.
TRANSFERIR	Transferir	Transferência da parte explícita do conhecimento das pessoas, utilizando ou não estratégias técnicas para facilitar o seu acesso por todos na organização.
	Aplicar	Uso do conhecimento para melhoria da performance organizacional, através do seu efetivo emprego na atividade e a possibilidade de aprender-fazendo.
APRENDER	Aprender	Integrar processos de aprendizagem à maneira com que as pessoas trabalham.
CONTRIBUIR	Contribuir	Devolver o conhecimento para o sistema, para que outros o utilizem na solução de outros problemas.

Quadro 7: Etapas do processo de gestão do conhecimento

Fonte: Embasado em Alavi & Leidner (2001), Bukowitz & Williams (2002) e Gonçalo (2005)

O processo de gestão do conhecimento pode ser representado através da figura 6.

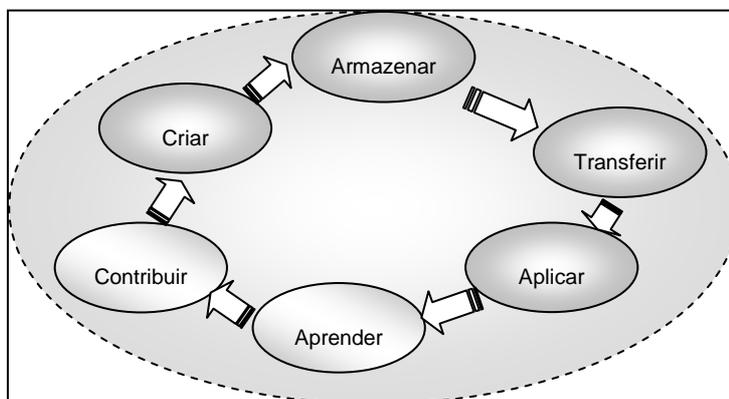


Figura 6: Processo de gestão do conhecimento

Fonte: Baseado em Alavi & Leidner (2001) e Bukowitz & Williams (2002)

Neste estudo, as etapas do processo de gestão do conhecimento consideradas são **criação e transferência do conhecimento**. No quadro 8 é apresentado o entendimento desta pesquisa dos conceitos de criar e transferir conhecimento, centrais no escopo desta pesquisa.

Processo geral	Engloba	Conceito assumido	Autores
CRIAR CONHECIMENTO	Criar Armazenar	<i>Conhecimento é entendido como um intercâmbio entre o conhecimento tácito e explícito e um fluxo crescente através dos níveis individual, grupal e organizacional onde a informação necessária ao trabalho é reunida.</i>	ALAVI & LEIDNER, 2001; BUCKOWITZ & WILLIAMS, 2002; NONAKA & TAKEUCHI, 1997
TRANSFERIR CONHECIMENTO	Transferir Aplicar	<i>Transferência da parte explícita do conhecimento das pessoas, através do processo de comunicação e o fluxo de informação entre os níveis individual, grupal e organizacional.</i>	ALAVI & LEIDNER, 2001; BUCKOWITZ & WILLIAMS, 2002; GONÇALO, 2005

Quadro 8: Conceitos assumidos para criar e transferir conhecimento

Fonte: Dados desta pesquisa

Portanto, a etapa “transferir” está diretamente relacionada ao conhecimento interno transferido entre as pessoas e ao conhecimento transferido para o cliente, enquanto que as etapas de aprender, contribuir, criar e armazenar são atividades próprias do ambiente interno organizacional, conforme demonstradas na figura 7.

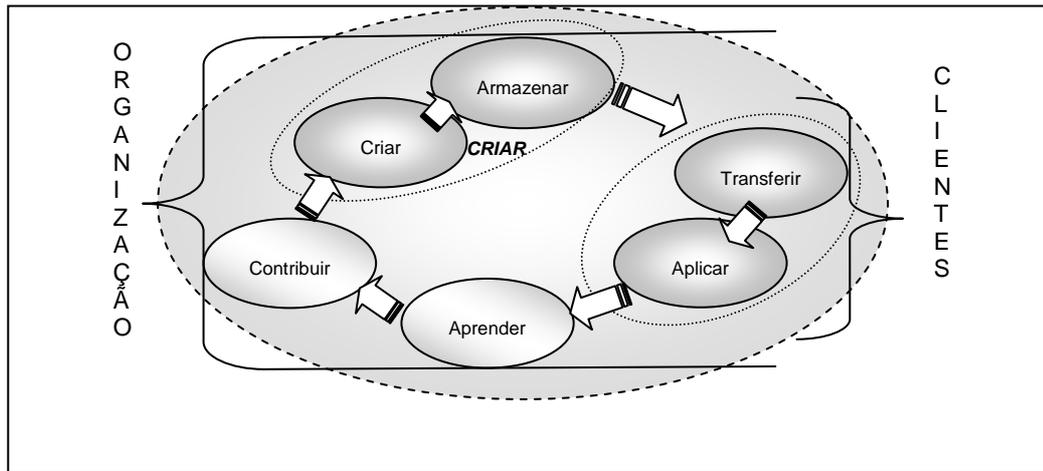


Figura 7: Etapas da gestão do conhecimento consideradas para este estudo

Fonte: Dados dessa pesquisa

A distribuição de conhecimento ocorre através dos processos de fluxo de conhecimento, através das trocas de informações, de *know-how* técnico que suportam o produto ou serviço da cadeia de valor. Conhecimento é a moeda mais interessante em uma rede de valor, pois se pode trocá-la por receita, pelo próprio conhecimento e por intangíveis, tais como serviços imensuráveis como senso de comunidade, lealdade e incremento da imagem (ALLEE, 2000).

Portanto, pode-se expressar resumidamente que, para esta pesquisa:

- (i) gestão do conhecimento é entendida como o processo de construção social que mobiliza recursos do conhecimento tácito e explícito no seu contexto (CHOO, 2003; WEICK, 1995; NONAKA & TAKEUCHI, 1997; KROGH *et al.*, 2001; SNOWDEN, 2002, SVEIBY, 2001; NONAKA & KONNO, 1998),
- (ii) criação de conhecimento é um intercâmbio entre o conhecimento tácito e explícito e um fluxo crescente através dos níveis individual, grupal e organizacional (ALAVI & LEIDNER, 2001; BUCKOWITZ & WILLIAMS, 2002; NONAKA & TAKEUCHI, 1997),
- (iii) transferir conhecimento é transferência da parte explícita do conhecimento das pessoas, através do processo de comunicação e o fluxo de informação

entre os níveis individual, grupal e organizacional (ALAVI & LEIDNER, 2001; BUCKOWITZ & WILLIAMS, 2002; GONÇALO, 2005).

2.1.6 Gestão do Conhecimento na Área da Saúde

A organização hospitalar apóia-se nas informações e nos relacionamentos entre os diversos profissionais. Portanto, a organização baseada em conhecimento requer que todos assumam responsabilidade pelas informações, como por exemplo, entre o plantonista, o cirurgião e o anestesiólogista, os quais não possuem nenhum nível de gerência intermediária (DRUCKER, 2001).

Em um hospital, cada especialidade tem seu próprio corpo de conhecimentos, sua própria linguagem. O supervisor de cada especialidade médica ou paramédica (laboratórios, fisioterapia) se reporta diretamente ao topo e a grande parte do trabalho é executado pelas equipes temporárias. Assim, o bom desempenho hospitalar ocorre porque os objetivos são nítidos, simples e comuns e se traduzem em ações específicas, assim “todos os especialistas no hospital compartilham uma única missão comum: o atendimento e a cura dos doentes” (DRUCKER, 2001, p.17).

A gestão do conhecimento pode trazer inúmeros benefícios ao contexto das organizações de saúde. Para Guptill (2005), a gestão do conhecimento é uma filosofia de negócios contemporânea que envolve três tendências básicas: o incremento de informações digitalizadas (texto, *pictures*, áudio e vídeo) e a presença maciça da Internet e a globalização que faz do conhecimento a verdadeira fonte de vantagem competitiva, pois o aumento da complexidade nos negócios exige redução de riscos e erros. Para a autora, gestão do conhecimento em serviços de saúde significa alinhar pessoas, processos, dados e tecnologias para otimizar informações, colaboração, especializações e experiências com habilidade para impactar positivamente a performance organizacional (GUPTILL, 2005). Observa-se que essa conceitualização de Guptill (2005) não valoriza a estratégia institucional como grande norteador e promotor de sentido do alinhamento entre pessoas, processos, dados e tecnologias.

Além das aplicações internas que a gestão do conhecimento pode proporcionar para as organizações de saúde, é possível estender o compartilhamento do conhecimento com os clientes e/ou consumidores. Guptill (2005) cita, como exemplos, casos como Siemens Medical Solutions, Cerner, Solucient, Healthcare Management Council (HMC), e Press Ganey. Essas organizações têm comunidades *on-line* com seus consumidores, os quais utilizam as informações para continuamente renovar o conhecimento em seu produto, entrega e suporte.

Assim, gestão do conhecimento é em longo prazo e traz um compromisso sustentável para a mudança da cultura nas organizações de saúde, tornando-as mais colaborativas, transparentes e pró-ativas, pois quando bem implementada pode transformar os sistemas de saúde das próximas décadas, na mais custo-efetiva e avessa ao erro médico dentre as organizações que lidam com recursos públicos (GUPTILL, 2005).

Além de Guptill (2005), Bansal (2001) considera a gestão do conhecimento como uma ferramenta essencial para os hospitais. O envolvimento do elemento humano no processo de ampliar o conhecimento individual é essencial para formar uma rede organizacional para o atendimento do cliente. Muitos hospitais não estão conscientes de manter sua base de conhecimento, pois possuem atritos entre os empregados, altos níveis de *turnover*, economia medida em custos e burocracia. Melhorar o cuidado ao paciente é diretamente proporcional ao ativo intelectual dos hospitais. A *expertise* tácita e a experiência dos trabalhadores deveriam ser capturadas e refletidas na estratégia, nas políticas e nas práticas em todos os níveis da gestão das atividades de cuidados aos pacientes.

Assim, a gestão do conhecimento nos hospitais identifica e monitora ativos intelectuais capazes de gerar conhecimentos que asseguram alguma vantagem competitiva (BANSAL, 2001). Ao contrário de Guptill (2005), observa-se que Bansal (2001) valoriza a estratégia institucional, entendendo-a como a reflexão da experiência e da *expertise* dos trabalhadores. Em outras palavras, Bansal (2001) considera a gestão do conhecimento como uma ferramenta da estratégia que assegura vantagem competitiva, enquanto que para Guptill (2005), a gestão do conhecimento tem um papel de comunicacional e integrativo de atividades.

Orzano, Tallia, McLnerney *et al.*,(2007) analisaram 160 práticas médicas americanas em termos de resultados clínicos e financeiros e encontraram alguns fatores principais que contribuem para o seu sucesso: o modo como os grupos capturam, organizam e compartilham o conhecimento e as experiências individuais no grupo e como disponibilizam a informação na prática. Enfim, encontraram processos de gestão do conhecimento através da presença de bons relacionamentos de trabalho.

Segundo Orzano *et al.*(2007), um fator estratégico chave de gestão do conhecimento envolve a aceitação dos membros para falar sobre os benefícios de suas práticas. Oportunidades de interação informal são importantes porque há troca de conhecimento que ajudam os membros a conectarem com suas práticas, pois fortalecendo a confiança, compartilham a cultura e desenvolvem um sentido de valor que os ajuda a superar a hesitação através da troca de idéias. Isto pode ser favorecido pela criação de áreas para interação entre os membros.

Através da criação de um ambiente de confiança onde o risco é encorajado, as práticas motivam os membros do grupo para agir sem temor em conformidade com o que conhecem, bem como a vencer a barreira das linguagens específicas por especialização/categoria. “Ferramentas de gestão do conhecimento como manuais de procedimentos e protocolos clínicos ajudam a capturar e preservar a informação essencial” (ORZANO *et al.*, 2007, p.34). Portanto, para o sucesso de estratégias de gestão do conhecimento não são necessários investimentos em tecnologias sofisticadas, bastam esforços que envolvem estratégias simples, como trabalhar juntos e promover a conversa com outros, descobrindo e compartilhando as melhores práticas (ORZANO *et al.*, 2007).

Canongia, Pereira, Mendes & Antunes (2004) estudaram artigos indexados em três bases de dados no período de 1990 a 2003 com o objetivo de mapear a produção científica internacional em gestão do conhecimento e inteligência competitiva aplicada ao setor da saúde. Do total de 73 artigos ligados ao setor da saúde, concluiu-se que a gestão do conhecimento e a inteligência competitiva são utilizadas para o desenvolvimento de novas drogas, aumento da competitividade e gestão de processos organizacionais, bem como para educação e diagnósticos à distância, tratamentos de doenças crônicas (cardiovasculares e diabetes), doenças negligenciadas (tuberculose e malária) e dados para o governo. Os autores perceberam que tais abordagens vêm sendo aplicadas como facilitadoras da gestão da

inovação, visando contribuir para maior competitividade do setor da saúde, melhoria das condições de vida da população e para aumentar a troca de conhecimentos entre os profissionais e a sociedade.

O programa Human Health Care do grupo farmacêutico Eisai¹ implementou o processo de criação de conhecimento como uma filosofia real da gerência. O programa é voltado para pessoas da terceira idade, no qual desenvolveu-se um *ba* gerador de novos conhecimentos, através de uma comunidade estratégica de conhecimento embasada na sinergia entre os pacientes e a companhia.

Por considerar que as suas competências científicas, médicas e industriais são parciais em relação às necessidades da sociedade, a Eisai encontrou dentro do ambiente das pessoas doentes (famílias e cuidadores) outras formas de conhecimento e de competências (FAYARD, 2003). A avaliação que fazem os doentes (e seus próximos) de suas doenças representa uma “fonte de informação e de conhecimento essencial, que combinados com as competências técnicas da Eisai tornam-se estratégicos” (*ibidem*, p. 25) Para ser combinada e articulada com a energia da demanda, a competência científica deve se situar mais próxima dos pacientes, buscando o conhecimento das suas necessidades e dos seus comportamentos. O conhecimento das pessoas doentes, dos parentes e enfermeiras é sobretudo tácito e não formalizado. A criação das condições favoráveis à externalização desse conhecimento ocorreu pelo estabelecimento de uma comunidade estratégica de conhecimento que une a Eisai e os pacientes em um mesmo esforço (FAYARD, 2003).

O trabalho no interior do hospital é complexo devido à natureza do seu objeto de intervenção que são pessoas doentes (LIMA, FAVARET & GRABOIS, 2006). O hospital desempenha um papel fundamental nos sistemas de saúde pela alta concentração de densidade tecnológica e pela capacidade de dar assistência a casos graves de doenças (LIMA et al, 2006). Porém, um dos maiores desafios das organizações hospitalares é a demanda, em graus epidêmicos, das doenças vasculares e cardiovasculares, os quais constituem um grave problema de saúde pública mundial (ORDUNEZ, FERRER, MUNOZ, ESPINOSA-BRITO, 2006).

¹ Ver www.eisai.com

A construção de protocolos médico-assistenciais, através de equipes assistenciais multiprofissionais ou grupos médicos, faz parte da criação de conhecimento técnico constantemente renovável. O contexto hospitalar onde o conhecimento é compartilhado sofre influências facilitadoras ou não, determinando um tipo de aprendizagem organizacional coletiva que tem a chance de ser aproveitado durante o processo estratégico (JACQUES, 2007).

A construção de protocolos médico-assistenciais é o momento de encontro de duas práticas médico-assistenciais: uma tradicional (antiga) e empírica, e outra renovada, baseada nas melhores práticas cientificamente certificadas e disponíveis no momento, porém sempre de âmbito coletivo, pois representa as concepções de uma coletividade acerca do seu papel assistencial (JACQUES, 2007).

No final do século XX o conhecimento emerge como um dos recursos estratégicos mais importantes das organizações (GRANT, 1996). Especialmente em locais de intenso cuidado da saúde, estratégias de conhecimento demonstram importância uma vez que apresentam potencial para agregar valor ao negócio, através da exploração de novas vantagens competitivas a partir do conhecimento existente ou de pesquisas (WIIG, 1997).

As organizações do conhecimento devem seguir os passos e pistas de entidades baseadas em conhecimento como hospitais e orquestras sinfônicas. Uma organização em que os especialistas dirigem e disciplinam seu próprio desempenho, por meio do feedback sistemático dos colegas, clientes e da alta administração (DRUCKER, 2001).

Hospitais são organizações dedicadas à promoção e viabilização da saúde dos clientes, mas também precisam manter a saúde da organização (YAMAMOTO, 2000), a qual contempla a gestão de sua estratégia hospitalar. Para Ackermann, Walls, Van der Meer and Borman (1999) a estratégia é concebida como uma oportunidade organizacional para reeditar seu passado, discutir seu futuro e projetar uma maneira de colocá-las em ação. Na seção seguinte a questão da estratégia organizacional passa a ser explorada.

2.2 Estratégia Organizacional

Para Pettigrew (1987) ação e estrutura organizacional estão inextricavelmente ligadas, uma vez que o entendimento da estratégia inclui três dimensões de análise: contexto, conteúdo e processo (PETTIGREW & WHIPP, 1991; PETTIGREW, 1997). Pettigrew contribui para a estrutura deste estudo, a partir do entendimento do contexto, conteúdo e processo como dimensões de análise. Especificamente, para esta pesquisa, serão analisadas as dimensões de contexto e processo na criação e transferência de conhecimento para promoção da adesão do cliente com síndrome coronariana aguda.

Segundo Pettigrew (1997) os processos estratégicos apresentam trajetórias probabilísticas e incertas por conta das mudanças dos contextos e das ações humanas, estando assim relacionado à administração da mudança organizacional. Pettigrew (1990) estudou a aplicação de estudos longitudinais aos processos de adaptação e mudança, por isto considera como necessária uma abordagem holística e dinâmica para enfrentá-las. Neste sentido, Pettigrew (1987) sugere o modelo de análise da mudança em termos de conteúdo, contexto e processo.

Processos são compreendidos como uma seqüência de eventos, ações e atividades individuais e coletivos, desenrolando-se no contexto (PETTIGREW, 1997). Contexto refere-se tanto ao ambiente externo da organização (social, político e econômico), quanto ao interno (estratégia, estrutura, cultura, gestão, micropolíticas, etc.) enquanto conteúdo refere-se às áreas específicas analisadas (PETTIGREW, 1987). Assim, o contexto também afeta a formulação de estratégias, pois os resultados de suas implementações passam a fazer parte do novo contexto, compondo novas variáveis do escopo de solução de futuros dilemas organizacionais (SARAIVA, 2006).

Um importante e vital componente da vida organizacional é a formulação e a implementação da estratégia, a qual se constitui um dos grandes desafios dos dirigentes das organizações modernas. A crescente ambigüidade e complexidade do ambiente organizacional fazem com que abordagens analíticas e preditivas mostrem-se menos eficazes nos dias atuais (COURTNEY, 2001).

Os estudos acadêmicos em estratégia receberam de Chandler Jr. (1962) e de Andrews (1965) um conjunto de construtos e proposições que convergiram para o entendimento da formulação e da implementação estratégica paralelamente às questões de conteúdo, concentradas na conexão entre estratégia e desempenho (FONSECA, 2001). Segundo Mintzberg (1987) o campo do gerenciamento estratégico não tem condições de depender de uma simples definição de estratégia, a qual reconhece múltiplas definições tornando árduo este campo dos estudos organizacionais.

Na essência, este estudo embasa-se na capacidade da organização de se diferenciar a partir de suas capacidades internas, pois se centra no ambiente interno organizacional. Por isto, a inclusão do entendimento da *Visão Baseada em Recursos* (VBR) torna-se importante, uma vez que formular a estratégia da empresa considerando apenas o ambiente externo, ou os desejos e humores do consumidor, torna-a frágil em longo prazo (GRANT, 1991).

Grant (1991) explora que os recursos e capacidades da empresa são vitais para identificar e estabelecer uma estratégia como direção para a lucratividade. Recursos e capacidades são a fundamentação básica da estratégia organizacional, pois provém da direção estratégica da empresa e são a sua fonte primária de lucro. Recursos são tanto tangíveis (máquinas, finanças ou pessoas), quanto intangíveis, porém apesar da dificuldade de sua mensuração são gerenciáveis. As capacidades da empresa são os resultados dos times de recursos trabalhando juntos (GRANT, 1991). Hamel e Prahalad (1990) usam a terminologia de *core competence* para designar essa capacidade estratégica central. *Core competence* é definido como aprendizado coletivo na organização, especialmente como coordenar diversas habilidades produtivas e integrar múltiplas correntes tecnológicas. Na *core competence* o cliente percebe a competência, é difícil de imitar e deve sustentar novos serviços ou produtos.

Na definição de Mintzberg (1978), a condução ao ‘coração’ de um processo organizacional complexo pode ser realizada pelo estudo entre a estratégia pretendida e a realizada. Para Mintzberg (1978) a formação da estratégia segue padrões importantes nas organizações, como ciclos de vida e ciclos de mudança contínua. Em Mintzberg & Waters (1985) a estratégia é considerada uma sucessão de padrões de ações e não uma sucessão de padrões de decisões. Assim, a estratégia realizada pode ser entendida como padrões de ações compreendidas através do comportamento passado, enquanto que a estratégia pretendida pode

ser comparada a um plano a ser realizado no futuro, ou ainda, um curso de ação conscientemente planejado (MINTZBERG *et al*, 2000).

Portanto, as estratégias deliberadas equivalem às intenções plenamente realizadas, enquanto que as estratégias não-realizadas significam as intenções que não se realizaram. Já a estratégia emergente refere-se aos padrões realizados que não eram expressamente pretendidos, ou seja, providências tomadas ao longo do tempo que convergiram para um tipo de consistência ou padrão (MINTZBERG *et al*, 2000).

Mintzberg *et al*. (2000) em revisão da literatura sobre estratégia, categorizaram os pontos de vista distintos encontrados em dez escolas de pensamento sobre formulação estratégica. Para os autores, cada uma das escolas mostra um aspecto importante do processo de formulação da estratégia. Nesta categorização, a posição defendida por acadêmicos agrupados em algumas escolas descritivas (empreendedora, cognitiva, de aprendizagem e cultural) defende que toda organização se comporta estrategicamente, mesmo sem evidência de procedimentos intencionais (GIMENEZ *et al*, 1999). Para um dos pressupostos da escola de aprendizagem, o qual retrata as escolas descritivas, estratégias aparecem primeiro, como padrões percebidos no passado e somente, talvez mais tarde, como planos deliberados para o futuro (MINTZBERG, 1990).

O conceito de estratégia emergente reconhece a capacidade da organização para experimentar. Quando os agentes refletem sobre o que fizeram, o verdadeiro aprendizado ocorre na interface do pensamento e ação, ou seja, uma combinação de reflexão e resultado (MINTZBERG *et al*, 2000). Neste sentido, Mintzberg *et al* (2000) cita Karl Weick, segundo o qual a gerência está inextricavelmente ligada ao processo de compreensão da experiência passada. Esta lógica traz um rompimento paradigmático da tradição em administração que entende que o pensamento (formulação) termina antes que a ação se inicie. Para Weick, segundo Mintzberg *et al*. (2000, p.149) “a realidade emerge da interpretação e atualização constantes de nossa experiência passada”, pois o ator humano não reage ao ambiente, mas o cria (WEICK, 1973, p.64).

Para Weick (1995) as pessoas são ativas no ambiente, agem e depois tentam fazer sentido das experiências passadas (*sensemaking*). Portanto, para o cliente, alvo da estratégia organizacional, o serviço só é entregue no momento da sua ação efetiva e esta ação deve ser

compreendida pela organização, pois o aprendizado estratégico deve combinar reflexão com resultado (MINTZBERG *et al.*, 2000). “Todo conhecimento e todo sentido decorrem de reflexão, de um olhar para trás”, pois só podemos conhecer a fase inicial, apenas depois de ter ocorrido (WEICK, 1973). Desta maneira uma forma de comportamento de aprendizado é: (1) agir primeiro, (2) compreender em retrospecto estas ações e (3) reter apenas aqueles comportamentos que parecem desejáveis (*ibidem*, 2000). Vários autores estruturam o entendimento do conceito de estratégia como alternativas para obter ações com significado no contexto (ACKERMANN *et al.*, 1999; WEICK, 1995; MINTZBERG *et al.*, 2000, GONÇALO, 2004).

Para este estudo, utiliza-se o conceito e o entendimento de dois tipos de estratégia: como intenção e como processo. Estratégia como uma intenção a ser realizada no futuro, serve para a compreensão da dimensão contexto, ou seja, o interesse do estudo é saber como é o pensamento da alta administração da Instituição sobre a adesão, equivalente à estratégia pretendida de Mintzberg & Waters (1985). O conceito de estratégia adotado neste estudo, para a dimensão processo, é o conceito de Eden & Ackermann (1998) que entendem a estratégia como um conjunto de ações individuais que promovem a viabilização de objetivos que fazem sentido para a equipe. Assim, pode-se entender que a prática da estratégia é ação da equipe de profissionais no dia-a-dia. O quadro 9 demonstra os dois diferentes conceitos de estratégia aceitos para este estudo, bem como delimita cada dimensão e os sujeitos da pesquisa correspondentes.

Dimensão	Sujeitos da pesquisa	Conceito de Estratégia	Autores
Contexto Interno	Alta administração da Instituição	Estratégia como intenção/ estratégia pretendida	MINTZBERG <i>et al.</i> , (2000); MINTZBERG & WATERS (1985)
Processo	Profissionais que atuam na Unidade de Internação	Estratégia como um conjunto de ações individuais que promovem a viabilização de objetivos que fazem sentido para a equipe	EDEN & ACKERMANN (1998) WEICK (1995)

Quadro 9 Conceitos de estratégia para o estudo

Fonte: Dados desta pesquisa

O sistema de saúde apresenta muitas dimensões e grande complexidade, o que faz com que a sua perspectiva estratégica deva se centrar na sua estrutura da prestação de serviços. No mercado da saúde, a competição não gera melhorias nos custos e nem na qualidade, demonstrando o fracasso da competição nesta área, evidenciado pelas diferenças de custo e qualidade, entre prestadores e áreas geográficas para o mesmo tipo de tratamento (PORTER & TEISBERG, 2007). A competição acontece nos níveis errados e nas coisas erradas produzindo uma disfuncionalidade, ou como preferem denominar os autores Porter & Teisberg (2007, p. 21), “competição de soma zero”.

A reformulação da competição do setor da saúde exige novas perspectivas estratégicas com valor centrado no cliente e não em custo, como é atualmente. Todos os participantes do sistema têm sua cota responsabilidade e cabe a cada um iniciar um processo interno de mudança de valor. Atualmente, não se assume uma perspectiva do ciclo de atendimento completo, nem de prevenção e nem do gerenciamento das condições de saúde para evitar a recorrência da doença (PORTER & TEISBERG, 2007).

Portanto, para o gerenciamento da adesão, foco deste estudo, torna-se necessário uma revolução estratégica nas próprias bases da competição através da valorização do cliente. Neste sentido, a estratégia de conhecimento tem muito a contribuir, bem como a administração de serviços.

2.2.1 Administração de Serviços

A economia do conhecimento requer o reconhecimento e influência do capital intelectual das organizações para obtenção de vantagem competitiva. O capital intelectual não se resume a marcas ou ativos de pesquisa e desenvolvimento, mas inclui experiência coletiva, competência e o relacionamento do cliente com os funcionários da organização que podem estar em consonância com os objetivos estratégicos organizacionais (PATEL, 1997). Portanto, através da prestação de serviço ao consumidor, os ‘trabalhadores do conhecimento’ focalizam-se nas prioridades estratégicas da organização, demonstrando a importância da administração de serviços.

Serviços caracterizam-se pelo encontro entre fornecedor e cliente, através das experiências que este vivencia (FITZSIMMONS & FITZSIMMONS, 2000; GIANESI & CORRÊA, 1994). Este encontro tem sido chamado de “momentos da verdade” (CARLZON, 1987) quando os serviços resultam de ações sociais ocorridas no contato direto entre o cliente e representantes da empresa de serviços, ou seja, o momento do contato pessoal face-a-face. Para Albrecht (1992) a administração de serviços é um enfoque organizacional que faz da qualidade do serviço, tal como sentida pelo cliente, a principal força da empresa. Para Lovelock & Wright (2001), serviços criam valor e fornecem benefícios aos clientes em tempos e lugares específicos, como consequência da realização de uma mudança desejada no ou para o destinatário do serviço. Observa-se que, para ambos os autores, quando a empresa oferece o tipo de serviço que os clientes necessitam de forma capaz, agradável, conveniente e por um preço justo, então é criado valor para a empresa.

O processo de prestação de serviço é criado através da experiência, da motivação e das ferramentas empregadas pelo representante da empresa, juntamente com as expectativas e comportamento do cliente (SIQUEIRA, 2006). Durante a prestação de serviços, o cliente vivencia uma série de momentos da verdade, realizados em uma seqüência específica, à qual é denominada de ciclo do serviço. Um ciclo de serviço é a cadeia contínua de eventos pela qual o cliente passa à medida que experimenta o serviço prestado, pois o cliente raramente pensa em termos de processos ou especialidades, mas em atender a uma necessidade (ALBRECHT, 1992).

A orientação para o cliente de uma organização mostra-se realmente nos acontecimentos do cotidiano, pois a preocupação com o cliente é um fundamento pelo qual as pessoas concebem o que fazem prestando atenção aos detalhes do contato. Além das metas estratégicas, os administradores possuem uma sensação pessoal em relação ao serviço final e ao modo como o serviço é prestado ao cliente (ALBRECHT, 1992).

Assim, as diversas horas da verdade formam uma cadeia de eventos para o cliente, no entanto os prestadores de serviço raramente percebem o processo como um fluxo único de experiências interligadas (ALBRECHT, 1992), pois é o cliente que está percebendo, vivenciando e observando todo o processo. É a cadeia de valor em que cada processo é visto como apenas parte das atividades geradoras do valor total destinado ao cliente (CORRÊA &

CAON, 2002). Redes de valores são complexas, pois são mais que fluxos de produtos, serviços e receitas da tradicional cadeia de valor. Está ocorrendo uma mudança de valor, pois mais e mais produtos e serviços dependem da troca de conhecimento e informação, assim conhecimento e valores intangíveis tornam-se moeda de troca na construção de redes de relacionamentos confiáveis (ALLEE, 2000).

Alguns momentos da verdade são críticos ou fundamentais para a percepção do consumidor a respeito do serviço prestado. Isso leva o fornecedor a procurar identificar esses momentos cruciais da verdade para priorizar seus esforços, visando gerar uma impressão favorável do serviço para o cliente (GIANESI; CORRÊA, 1994). Albrecht (1992) trás o exemplo de um cliente (paciente) no leito de um hospital como um momento da verdade crítico, onde ocorrem eventos psicológicos importantes e impactantes. Assim, existem neste momento, ingredientes básicos para o êxito ou fracasso do serviço, dependendo se o cliente será atendido de forma atenciosa e respeitosa ou mecânica e impessoal. Esses momentos exigem cuidados e tratamentos especiais.

O pessoal de contato com o cliente é fundamental para o sucesso ou fracasso do processo, pois aos olhos do cliente, o pessoal de atendimento é visto como evidência física da experiência com o serviço, desempenhando um tríplice papel: como especialista operacional, profissional de marketing e parte do próprio produto do serviço. Por conseguinte, as organizações que envolvem extensos encontros de serviço, tais quais as hospitalares, tendem a ser mais difíceis de gerenciar do que as que não envolvem esses encontros (LOVELOCK & WRIGHT, 2001).

Levitt (1994) propõe uma metáfora entre a venda, que consuma o namoro e assinala que o casamento é iniciado. A qualidade dessa união dependerá de como o vendedor será capaz de administrar o relacionamento. Transporta-se essa metáfora para a administração de serviço e encontra-se uma compreensão sobre a importância do modo como o serviço é prestado, exigindo-se um bom gerenciamento dos relacionamentos, uma vez que eles naturalmente se deterioram e têm de ser revigorados (*ibidem*, 1994).

Como os serviços envolvem pessoas, além das habilidades técnicas é necessário que o funcionário seja, em determinadas situações, atraente, transmita tranquilidade, segurança e administre as relações entre o cliente, o elemento de tecnologia ou mesmo o conhecimento

envolvido. No caso de alta intensidade de troca de informações, cabe inclusive ao funcionário captar o fluxo de informações que vem do cliente.

Corrêa & Caon (2002) salientam que se torna, imprescindível o domínio de habilidades interpessoais, tais como comunicação, aparência, habilidade de vendas e gestão do 'colega' cliente. Bolton (1997) corrobora tal entendimento, pois valor pode ser adicionado ao serviço através de habilidades de relacionamento entre funcionário e cliente. Como serviço é a entrega que um indivíduo faz para outro indivíduo, então as habilidades comunicacionais podem engendrar confiança. A comunicação com os clientes é fundamental para o sucesso organizacional em longo prazo. O funcionário de operações de serviço necessita comunicar-se abertamente para compreender as expectativas e percepções do cliente, bem como para adequar sua comunicação com ele, ou seja, além de transmitir de forma adequada a informação é preciso capturar bem o fluxo de informações emanado pelo cliente, incluindo a comunicação não-verbal (CORRÊA & CAON, 2002).

A avaliação da qualidade dos serviços pode ser realizada através de ferramentas validadas tais como a escala SERVQUAL que mede as percepções dos clientes quanto à qualidade de serviços em organizações de varejo e de serviços. A escala possibilita uma estrutura básica para a avaliação da qualidade dos serviços pela mensuração e avaliação dos estados das expectativas e percepções em cada uma das cinco dimensões da qualidade dos serviços, quais sejam tangibilidade, confiabilidade, responsividade, segurança e empatia. (PARASURAMAN, ZEITHAML, BERRY, 1988).

Para Parasuraman, Zeithaml e Berry (1988) um modo para avaliar a qualidade dos serviços prestados por uma empresa é medir a qualidade que os consumidores percebem, a qual é diferente da qualidade objetiva, pois envolve formas de atitudes relacionadas à satisfação, mas não equivalentes. Assim, a qualidade percebida é resultado de uma comparação, realizada pelo cliente, entre as próprias expectativas quanto ao serviço e a percepção da performance. Em outras palavras, a qualidade percebida é resultado da comparação entre o que o cliente sente que a organização deveria oferecer e a percepção que ele tem do desempenho da empresa ao fornecer o serviço.

Na prestação de serviços de saúde o entendimento da estratégia de negócio torna-se um desafio diante da complexidade atual dos sistemas de saúde, a qual requer uma disposição

para ver além das estatísticas e ferramentas métricas, para entender as histórias e os benefícios intangíveis de uma experiência positiva. Portanto, a conexão para o sucesso organizacional em serviços de saúde passa pelo entendimento da experiência do cliente que vai além da medida da qualidade do cuidado e do serviço (SCOTT & STRUDER, 2003).

A organização de serviço só conseguirá colocar o cliente em primeiro lugar se houver uma estratégia de serviços apropriada que leve em conta as necessidades e expectativas dos clientes, as atividades dos concorrentes e a visão do futuro. O interesse e concentração da organização no cliente são imprescindíveis para a estratégia de serviços (WALKER, 1991).

Para Allee (1997), quando o conhecimento é visto como um recurso estratégico, a visão do conhecimento como 'cadeia de valor' mostra-se vital, pois adiciona valor ao produto ou serviço diretamente. Para Porter & Teisberg (2007) a melhoria do valor na prestação dos serviços de saúde passa pela reestruturação da cadeia de valor através da identificação e análise dos processos envolvidos. Para isto é necessário o desenvolvimento formal e contínuo do conhecimento em nível de prestação de saúde (*ibidem*, 2007). Observa-se que tanto para Porter & Teisberg (2007) quanto para Allee (1997) o desenvolvimento do conhecimento fomenta de maneira positiva a cadeia de valor.

A competição na área da saúde não funciona, pois o sistema valoriza a redução de custos e diferenças de qualidade para o mesmo tratamento. Os prestadores e os planos de saúde, nos Estados Unidos, estão enredados por incentivos mal alinhados e escolhas estratégicas infelizes. A única forma de transformar o sistema de saúde é realinhar a competição com o valor para o cliente (PORTER & TEISBERG, 2007).

A cadeia de valor é uma proposição do ciclo de serviços (figura 13), nos quais naturalmente para o fornecimento de qualquer produto ou serviço, ocorrem inúmeras atividades separadas. Para gerar valor à organização, essas atividades devem ser configuradas e integradas (PORTER & TEISBERG, 2007). Observa-se que a adesão ao tratamento está contemplada na proposição de Porter & Teisberg (2007) como resultado das últimas atividades da cadeia de valor proposta. Assim, as atividades específicas para adesão são a aplicação de um plano para a alta do paciente, o monitoramento e gerenciamento da condição do cliente, do cumprimento da terapia e das alterações do estilo de vida (indicados na figura 8).

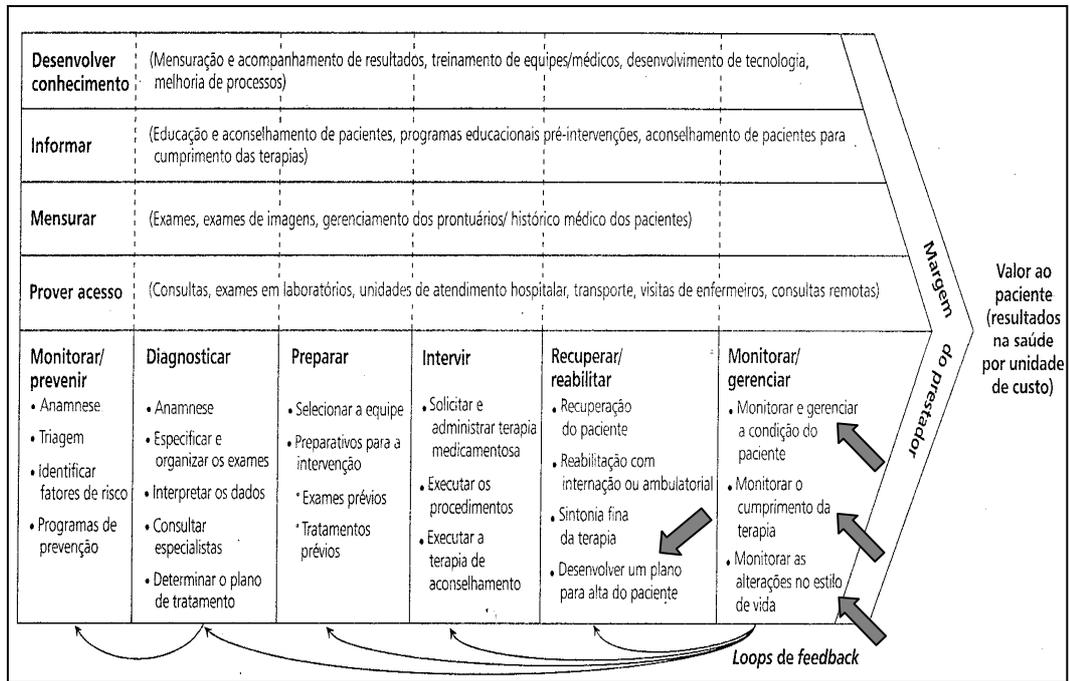


Figura 8: A cadeia de valor da prestação de serviço de saúde

Fonte: Porter & Teisberg (2007, p. 181)

Considera-se, para este trabalho que a estratégia de conhecimento é uma das mais importantes estratégias para criar valor nos serviços prestados, uma vez que interessa analisar aspectos e características de serviços limítrofes. Em ambientes organizacionais complexos e emergenciais não há prestação do serviço sem a presença do conhecimento na ação do profissional. Podem-se citar, como exemplos destes serviços, salas de controle de aviões, salas de controle de serviços de operação de energia, salas cirúrgicas ou mesmo atendimento médico de emergência.

2.3 Estrutura Da Pesquisa

A estrutura da pesquisa, com base no referencial teórico, que suporta este estudo está representada na figura 9. Assim, as dimensões contexto interno e processo são compreendidas a partir de subcategorias iluminadas por entendimentos da gestão do conhecimento e da administração de serviços, conforme proposto no escopo desta pesquisa.

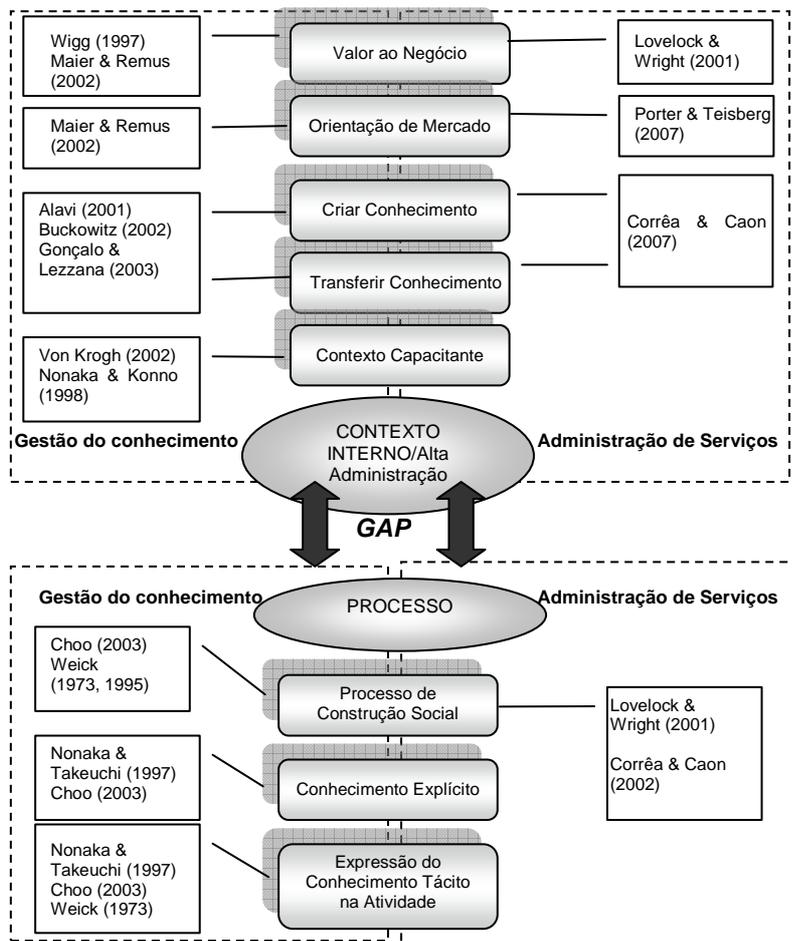


Figura 9: Representação da estrutura da pesquisa
Fonte: Dados desta pesquisa

2.3.1 Framework Teórico de Investigação

O *framework* teórico apresenta-se amplo devido às necessárias inter-relações entre as dimensões estabelecidas para a pesquisa a partir da gestão do conhecimento para o entendimento da criação e transferência de conhecimento para promover adesão do cliente ao tratamento por síndrome coronariana aguda. Pela complexidade e incipiência de pesquisas sobre o tema, é necessário o estudo de 8 subcategorias de análise apresentadas no quadro 10.

Dimensão	Categoria	Autores	Subcategorias	Evidências
		Wigg (1997) Maier & Remus	Valor ao negócio	-Condições para o hospital ter retorno

Contexto Interno	Políticas de Conhecimento	(2002) Lovelock & Wright (2001).		-Abordagens e atividades que agregam valor
		Maier & Remus (2002) Porter & Teisberg (2007)	Orientação de mercado	-Reorientação dos processos conforme resultado do paciente
		Alavi (2001) Buckowitz (2002) Gonçalo & Lezzana (2003) Corrêa & Caon (2002)	Criar conhecimento	-Reunir e compartilhar conhecimento -Procurar/ pesquisar outro conhecimento
			Transferir conhecimento	-Transferir conhecimento para o cliente -Fluxo interno de transferência de conhecimento
		Krogh <i>et al.</i> (2001)	Contexto capacitante	-Facilitar relacionamentos e conversas entre a equipe
Processo	Processo de Construção Social	Choo (2003) Weick (1973) Lovelock & Wright (2001) Corrêa & Caon (2002)	Processo de construção social	-Comunicação, -interação
	Conhecimento Explícito	Nonaka & Takeuchi (1997) Choo (2003)	Conhecimento explícito	-Protocolos -Descrição processos - Aplicação/Avaliação do processo
	Conhecimento Tácito	Nonaka & Takeuchi (1997) Choo (2003) Weick (1973)	Expressão do conhecimento tácito na atividade	Uso da experiência Habilidades para informar Mensagens não-verbais Falas-em-interação

Quadro 10: *Framework* teórico de investigação

Fonte: Dados desta pesquisa

Deve-se salientar que o conteúdo técnico, fruto da aplicação dos processos não é investigado nesta pesquisa, pois é entendido no âmbito deste estudo, como uma variável independente na função, explicitando em linguagem matemática.

3 METODOLOGIA DA PESQUISA

3.1 INTRODUÇÃO

Este estudo científico centra-se no campo das **ciências sociais**, entendidas como esforço de compreensão do mundo social pelos especialistas em organizações, caracterizados por estudos empíricos (STABLEIN, 2001). Busca-se entender aqui, como ocorrem os fenômenos de criação e transferência do conhecimento em uma organização hospitalar.

A abordagem utilizada neste estudo é **qualitativa**, a qual se afirma no campo da subjetividade e do simbolismo. No nível mais profundo dos significados, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores é que a abordagem qualitativa se expressa pela linguagem e vida cotidiana. Por trabalhar nesse nível de intensidade é que ela pode ser empregada na compreensão de fenômenos específicos e delimitáveis, devido ao seu grau de complexidade interna (MINAYO & SANCHES, 1993), por isso adequando-se ao objeto deste estudo.

O processo de pesquisa qualitativa pode ser compreendido como uma trajetória que parte da teoria em direção ao texto e outra do texto de volta para a teoria. Na intersecção destas duas trajetórias estão os dados verbais e visuais e sua interpretação (FLICK, 2004). A pesquisa qualitativa utiliza prioritariamente técnicas necessárias para descobrir fenômenos latentes, como a observação do participante no problema, história ou relatos de vida, análise de conteúdos, entrevistas, com o objetivo de capturar a situação na sua totalidade (COSTA & COSTA, 2001). Portanto, envolve examinar e refletir as percepções para obter um entendimento de atividades sociais e humanas (COLLIS & HUSSEY, 2005).

O plano de pesquisa que melhor se ajusta na identificação e análise dos processos de criação e transferência do conhecimento em uma organização hospitalar é o **exploratório**, o qual objetiva procurar padrões, idéias ou hipóteses, com o foco de obter *insights* e familiaridade com a área do assunto. Uma das técnicas tipicamente usadas nesse tipo de pesquisa são os estudos de caso (COLLIS & HUSSEY, 2005).

A estratégia de investigação proposta neste projeto é o **estudo de caso**. De acordo com Malhotra (2001), o tipo de pesquisa a ser escolhida está diretamente relacionado com o tipo de questão de pesquisa proposto. Neste caso, o tipo de questão de pesquisa proposta é complexa e para responder à questão, é preciso um estudo profundo das evidências coletadas a partir do *framework* de investigação. Conforme Yin (2001) o estudo de caso permite uma investigação em que são preservadas as características holísticas e significativas dos eventos da vida real, tais como os processos organizacionais.

O estudo de caso representa uma maneira de se investigar um tópico empírico em questões do tipo “como” ou “por que” em acontecimentos contemporâneos e onde o pesquisador não tem nenhum controle (YIN, 2001). Além disso, é uma estratégia que está focalizada no entendimento da dinâmica presente em enquadramentos (*settings*) específicos. Os estudos de caso tipicamente combinam dados como arquivos, entrevistas, questionários e observações, com evidências qualitativas ou quantitativas (EISENHARDT, 1989).

Yin (2001) defende que o estudo de caso é uma estratégia de pesquisa *per se*. O estudo de caso é uma investigação empírica de um fenômeno contemporâneo dentro do seu contexto (mesmo que ambos não estejam claramente delimitados) e que se baseia em várias fontes de evidência que precisam convergir para as proposições teóricas anteriormente delimitadas para a coleta e análise dos dados, tal como proposto no *framework* teórico de análise deste estudo.

A seguir é apresentado o campo de pesquisa para o estudo de caso aqui apresentado.

3.2 Campo de Pesquisa

A unidade de análise para o presente estudo de caso são os processos de criar e de transferir conhecimento relacionados à promoção da adesão do cliente no Instituto de Medicina Vascular, um dos serviços especializados do Hospital Mãe de Deus de Porto Alegre, no Rio Grande do Sul. O local foi escolhido por ser um centro de referência nacional sobre o tratamento de doenças vasculares. Assim, o tipo de estudo de caso aqui apresentado é o estudo de caso único. Segundo Yin (2001) um estudo de caso único é apropriado para três circunstâncias: quando o estudo fundamenta-se em um caso decisivo, em um caso raro ou

extremo ou em um caso revelador. Este estudo é identificado como um caso revelador, pois apresenta a oportunidade de observar e analisar o fenômeno da criação e transferência de conhecimento em uma instituição que trabalha a prevenção, o diagnóstico e o tratamento das especialidades das doenças cardio e cerebrovasculares de forma interdisciplinar e inovadora.

3.2 Configuração das Etapas da Pesquisa

As etapas desta pesquisa concordam com o processo de pesquisa apresentado por Collis & Hussey (2005) em um modelo simples e organizado no qual um estágio leva logicamente ao outro.

A seguir são apresentadas as etapas desta pesquisa:

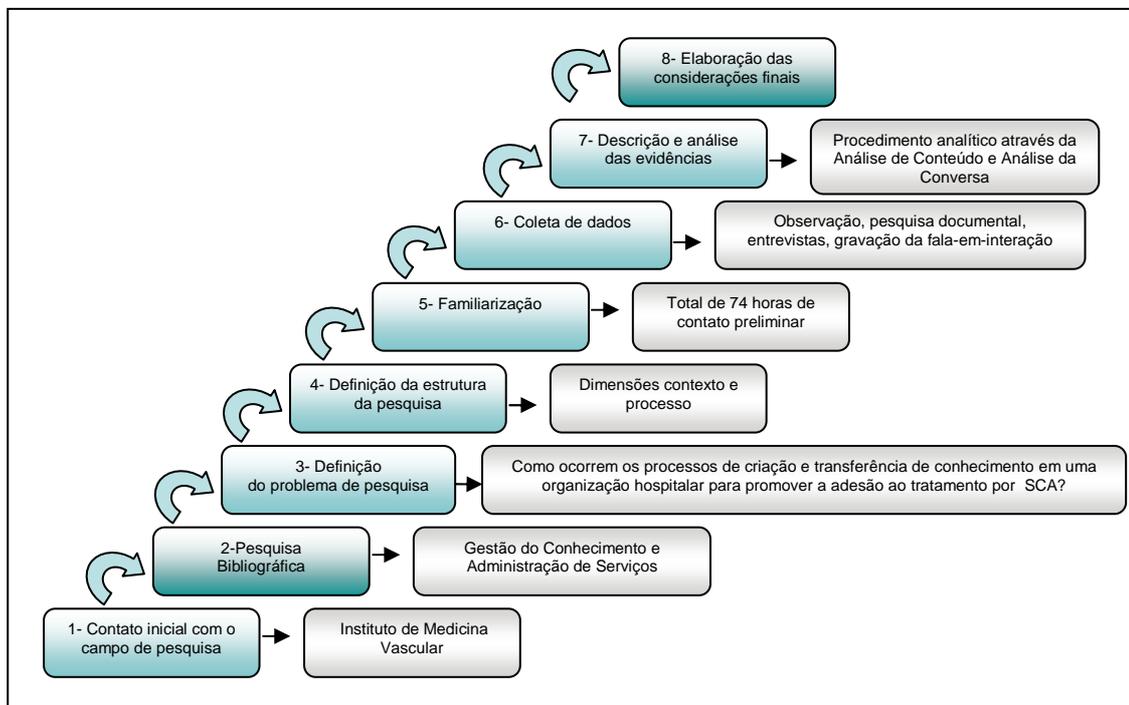


Figura 10: Descrição das etapas da pesquisa
Fonte: Embasado em Collis & Hussey (2005)

3.2.1 Contato Inicial com o Campo de Pesquisa

O contato inicial da pesquisadora com o campo de pesquisa ocorreu em função do projeto Qualidade Assistencial em Síndromes Coronarianas Agudas e Acidentes Vasculares Cerebrais (QUASCAA) em parceria entre a Universidade do Vale do Rio dos Sinos e o Hospital Mãe de Deus (Instituto de Medicina Vascular). Houve a oportunidade de confecção e submissão de Edital para a área da saúde, o qual objetivou o aumento da adesão do paciente após alta hospitalar. Durante esses primeiros contatos surgiram o interesse pelo estudo da importância da gestão do conhecimento no processo de adesão do cliente que passou por um evento de síndrome coronariana aguda.

O acesso ao campo em estudo é uma questão crucial na pesquisa qualitativa, a qual exige que o pesquisador envolva-se com o campo por períodos prolongados, o que acaba por lhe exigir mais (FLICK, 2004). Para Flick (2004) a questão de como conseguir a colaboração dos participantes potenciais do estudo, bem como do acesso a dados e disponibilidade depende do modo como o pesquisador consegue fazer essa entrada no campo de pesquisa.

Os primeiros contatos estão caracterizados no quadro 11:

Nº	Mês / Ano	Objetivo da visita	Tempo
1	Abril/2006	Estruturação de Edital	2hs
2	Abril/2006	Estruturação de Edital	2hs
3	Maio/2006	Estruturação de Edital	3hs
4	Maio/2006	Estruturação de Edital	3hs
5	Agosto/2006	Apresentação proposta de Edital	2hs
6	Setembro/2006	Reunião sobre projeto QUASCAA	2hs
		Total (seis visitas em 2006)	14 hs

Quadro 11: Visitas ao Instituto de Medicina Vascular (IMV) e/ou Hospital Mãe de Deus (HMD) I
Fonte: Dados desta pesquisa

3.2.2 Pesquisa Bibliográfica

A pesquisa bibliográfica sustenta a pesquisa através de um grupo de teorias e modelos encontrados na literatura (COLLIS & HUSSEY, 2005). Assim, pesquisaram-se várias produções sobre gestão do conhecimento seminal, atual e na saúde, bem como sobre administração de serviços. O trabalho de pesquisa bibliográfica ocorreu durante todo o processo de pesquisa.

Conforme Hair *et al.* (2005) é recomendável que no final da apresentação teórica seja feito um histórico conceitual, demonstrando as relações entre os diversos elementos que estão sendo examinados, os quais são visualmente apresentados, nesta pesquisa, representados no *Framework* Teórico de Investigação. Tais relações com o campo serão posteriormente descritas e explicadas.

A teoria precisa admitir o choque com a realidade, não só para validar-se relativamente, mas, sobretudo para poder continuar aberta à inovação (DEMO, 2000).

3.2.3 Definição do Problema de Pesquisa

Após a verificação do interesse da instituição na questão da adesão ao tratamento do cliente que sofreu uma síndrome coronariana aguda, foi definido o problema de pesquisa. Nas pesquisas acadêmicas, a maneira clássica de identificar um problema de pesquisa é analisar a literatura e identificar lacunas que indiquem áreas originais de pesquisa (COLLIS & HUSSEY, 2005). Assim, para este estudo, o problema de pesquisa é delineado no campo da administração de serviços, onde, a partir da intersecção entre a gestão do conhecimento e as organizações hospitalares, entende-se que a gestão do conhecimento pode contribuir para a melhora da adesão ao tratamento do paciente cardíaco. Portanto, o problema de pesquisa neste estudo é:

Como ocorrem os processos de criação e transferência de conhecimento em uma organização hospitalar para promover a adesão ao tratamento por Síndrome Coronariana Aguda?

3.2.4 Definição da Estrutura da Pesquisa

A partir da definição dos objetivos e da pesquisa bibliográfica, foi possível estabelecer a definição da estrutura da pesquisa, ou seja, como proceder na pesquisa para que os objetivos fossem atingidos. Para Collis & Hussey (2005) o problema de pesquisa define, em parte, como o estudo deve ser conduzido, ou seja, como realizar a pesquisa para responder à problematização.

A pesquisa está dividida em duas grandes dimensões que são: contexto e processo. A dimensão contexto objetiva identificar a estratégia de conhecimento que busca promover a adesão ao tratamento pós-internação por síndrome coronariana aguda na instituição através de entrevistas com gestores, observação, participação em reuniões. Já a dimensão processo utiliza diversas técnicas (quadro 12) com funcionários e clientes para identificar como ocorrem na prática os processos de criação e transferência de conhecimento junto às equipes e aos clientes.

Dimensões	Sujeitos	Objetivos	Técnicas
CONTEXTO	Gestores	- Identificar a estratégia de conhecimento que busca promover a adesão ao tratamento pós-internação por síndrome coronariana aguda na instituição.	- Entrevistas semi-estruturadas - Documentação - Observação
PROCESSO	Funcionários Clientes	- Identificar como ocorrem na prática os processos de criação e transferência de conhecimento junto aos funcionários e aos clientes.	- Entrevistas semi-estruturadas, - Observação, - Documentação - Gravação de interações de profissionais com clientes (Análise da Conversa)

Quadro 12: Sinopse da metodologia

Fonte: Dados desta pesquisa

A estrutura de pesquisa foi sendo delineada e aprimorada no decorrer das 13 visitas realizadas ao Instituto de Medicina Vascular e Hospital Mãe de Deus, do período de janeiro a setembro de 2007 perfazendo um total de 28 horas de contato direto com a unidade de análise, conforme representados no quadro 13:

Nº	Mês / Ano	Objetivo da visita	Tempo
7	Janeiro/2007	Apresentação idéia pré-projeto de mestrado	1h
8	Abril/2007	Ajustes do projeto de pesquisa para o Comitê de Ética em Pesquisa do HMD (CEP-HMD)	2hs
9	Maió/2007	Reunião sobre acertos da pesquisa	3hs
10	Maió/2007	Finalização e entrega do projeto ao CEP-HMD	1h
11	Junho/2007	Aprovação do projeto no CEP-HMD	1h
12	Agosto/2007	Reunião sobre acertos e início da pesquisa	2hs
13	Agosto/2007	Reunião sobre acertos e início da pesquisa	2hs
14	Agosto/2007	Reunião sobre acertos e início da pesquisa	3hs
15	Agosto/2007	Reunião Geral sobre as pesquisas de mestrado da UNISINOS	2hs
16	Setembro/2007	Reunião para início da pesquisa	3hs
17	Setembro de 2007	Início da pesquisa	3hs
18	Setembro/2007	Reunião para início da pesquisa	3hs
19	Setembro/2007	Participação em defesa de projeto sobre SCA	2hs
Total de 13 visitas			28 hs

Quadro 13: Visitas ao IMV e/ou HMD II

Fonte: Dados desta pesquisa

3.2.5 Familiarização

Como primeiro mergulho no campo de pesquisa foram realizadas 12 visitas ao Instituto de Medicina Vascular e/ou ao Hospital Mãe de Deus com o objetivo de familiarizar-se com as pessoas, a linguagem, o ambiente, enfim com o contexto repleto de complexidade da unidade de análise.

A etapa de familiarização é importante para que o pesquisador possa descobrir padrões recorrentes de eventos e/ou relacionamentos. Além disso, o pesquisador precisou reconhecer e atravessar barreiras culturais, tais como o vocabulário, e uma boa maneira é iniciar como um observador. O processo de familiarização é cumulativo e amplia-se à medida que o pesquisador ganha a confiança da comunidade, assim como Zanelli (2002) recomenda. Para o processo de familiarização desta pesquisa foram realizadas doze visitas entre os meses de outubro e novembro, perfazendo um total de 46 horas (Quadro 14). Considerando-se as 13 visitas realizadas para a definição da estrutura da pesquisa, pode-se considerar que o processo de familiarização totalizou 25 visitas e 74 horas de contato divididas entre observação e contato com funcionários e clientes alvo deste estudo.

Nº	Mês / Ano	Objetivo da visita	Tempo
20	Outubro/2007	Familiarização e observação Início da pesquisa –	6 hs
21	Outubro/2007	Familiarização e observação	5 hs
22	Outubro/2007	Familiarização e observação	3 hs
23	Outubro/2007	Familiarização e observação	4hs
24	Outubro/2007	Familiarização e observação	4hs
25	Outubro/2007	Familiarização e observação	5hs
26	Outubro/2007	Reunião pesquisa, familiarização e observação	2hs
27	Outubro/2007	Familiarização e observação, Entrevistas com estagiários	4hs
28	Novembro/2007	Familiarização e observação, Capacitação estagiários	2hs
29	Novembro/2007	Familiarização e observação	4 hs
30	Novembro/2007	Familiarização e observação Entrevista Reunião sobre andamento dos trabalhos de pesquisa	4hs
31	Novembro/2007	Familiarização e observação	3 hs
Total de 12 visitas			46 hs

Quadro 14: Visitas ao IMV e/ou HMD III

Fonte: Dados desta pesquisa

3.2.6 Coleta de Dados

A coleta de dados deve se basear em muitas fontes de evidência e ser preparada antecipadamente. A coleta de dados segue um plano formal, mas as informações específicas que podem se tornar relevantes não são previsíveis imediatamente (YIN, 2001). O pesquisador deve manter uma constante vigilância sobre os eventos que ocorreram ou estão ocorrendo (YIN, 2001), no total, foram realizadas 43 visitas da pesquisadora na unidade de análise.

Os tópicos principais para um estudo de caso são a preparação do pesquisador, a natureza do protocolo do estudo e o papel de um caso-piloto (YIN, 2001). Não houve a condução de um estudo de caso piloto nesta pesquisa, pois este é um estudo de caso único. As fontes aqui utilizadas para a preparação dos dados da pesquisa são: entrevistas, observação direta, documentação e gravação de fala-em-interação.

3.2.6.1 Entrevistas

Os dados resultantes das entrevistas foram considerados dados primários que são informações coletadas com o propósito de realizar o atual projeto de pesquisa (HAIR *et al.*, 2005).

Uma das principais fontes de informação deste estudo são as entrevistas semi-estruturadas, as quais têm sido amplamente utilizadas. Para Flick (2004) é mais provável que os pontos de vista dos entrevistados sejam expressos em uma situação de entrevista com um planejamento relativamente aberto. Primeiramente devem ser feitas perguntas não estruturadas para uma maior estruturação ser introduzida mais tarde, durante a entrevista.

A entrevista semi-estruturada é uma forma especial de conversação, pois neste tipo de interação lingüística não é possível ignorar a presença e as situações criadas por entrevistador e entrevistado. A entrevista não pode ser compreendida em seu sentido pragmático, mas deve ser levado em consideração o contexto em que ocorre (MATTOS, 2005).

Assim, para fins de treinamento e de avaliação do roteiro da entrevista como instrumento, foram realizadas duas entrevistas de pré-teste. A entrevista de pré-teste é importante para avaliar a exatidão e coerência das respostas, deve ser aplicada a sujeitos com características semelhantes às da população-alvo (HAIR *et al.*, 2005). As entrevistas de pré-testes aplicadas foram com um ex-diretor do Instituto de Medicina Vascular (para validação do Questionário I) e com uma enfermeira (para validação do Questionário II). Ambos os questionários foram validados e as respostas não foram utilizadas na pesquisa.

As 13 entrevistas relativas às dimensões contexto e processo realizadas estão caracterizadas no quadro 15. Ressalta-se que o tempo de duração de cada entrevista deve-se a dois fatores:

- (i) a grande inserção da pesquisadora na unidade de análise (43 visitas e 131 horas discriminados no Apêndice 4) fez com que a entrevista formal apresentasse um grande quadro a respeito das opiniões de cada respondente, uma vez que a pesquisadora havia discutido a questão informalmente anteriormente com todos;
- (ii) o tempo exíguo dos respondentes no ambiente de prestação de serviços em saúde.

Para este estudo os entrevistados relativos ao contexto são nomeados com as siglas EC1, EC2, EC3, EC4, EC5 e EC6 e para os entrevistados relativos ao processo, são nomeados com as siglas EP1, EP2, EP3, EP4, EP5, EP6 e EP7 escolhidos aleatoriamente para preservar a identificação direta do autor de cada fala. O Questionário I (Apêndice A) foi aplicado aos entrevistados relativos ao contexto, os quais desempenham funções de direção, equipe diretiva e gerencial tanto do Sistema de Saúde Mãe de Deus, quanto do Instituto de Medicina Vascular. Já o Questionário II (Apêndice B) foi aplicado a profissionais que operacionalizam o atendimento ao cliente, tais como média gerência operacional e profissionais de saúde como médicos, enfermeiras, nutricionista.

Dimensão	Função	Cargo	Entrevista Duração / minuto Páginas de transcrição	Contatos anteriores com a pesquisadora
CONTEXTO (Questionário I)	Diretor	Diretor Médico-Científico	40 min/ 8 pgs.	01
	Diretor Hospital Mãe de Deus	Diretor de Operações	45 min/ 10 pgs	04
	Equipe Diretiva	Assessor da direção	35 min/ 8 pgs.	01
		Gerente Universidade Corporativa	30 min / 9 pgs.	04
	Diretor Instituto de Medicina Vascular (IMV)	Diretor Instituto Medicina Vascular	30 min / 6 pgs.	16
	Administrador IMV	Administrador IMV	40 min / 6 pgs.	03
PROCESSO (Questionário II)	Média Gerência Operacional (HMD)	Supervisora de Enfermagem	25 min / 7 pgs.	01
		Enfermeira Executiva	50 min /12 pgs	32
	Operacionais (HMD e IMV)	Enfermeira Assistencial	32 min/ 8 pgs.	01
		Técnica de Enfermagem	15 min / 4 pgs.	01
		Nutricionista da Unidade de Internação	20 min / 5 pgs.	01
		Cardiologista do IMV	12 min /3 pgs.	03
		Epidemiologista IMV	10 min / 3pgs.	05

Quadro 15: Entrevistas realizadas

Fonte: Dados desta pesquisa

Para Yin (2001) quanto mais um respondente auxiliar de forma a clarear as dúvidas do pesquisador, apresentar suas próprias interpretações, mais seu papel aproximar-se-á do papel de informante. Pode-se considerar que a respondente Débora Monteiro é uma informante-chave para esse estudo, uma vez que houve 33 contatos com a respondente, devido a uma aproximação pelo interesse no assunto da pesquisa. Informantes-chave são sempre fundamentais para o sucesso de um estudo de caso (YIN, 2001).

Em todas as entrevistas foi utilizado gravador de voz, com a anuência dos entrevistados.

3.2.6.2 Observação Direta

Ao realizar uma visita ao campo do estudo de caso, cria-se a oportunidade de fazer observações diretas, tais como comportamentos ou condições ambientais relevantes, as quais servem de evidência em um estudo de caso (YIN, 2001).

A observação pode servir de fonte de evidência ao estudo, pois poderá encontrar informações relevantes para o entendimento do contexto geral. Os dados resultantes da observação direta são dados primários. Podem variar de atividades formais, com protocolos de observação ou análise de determinado tipo de comportamento e informais, como observação do ambiente em que uma entrevista que fora concebida (YIN, 2001).

Nas 43 visitas realizadas à unidade de análise para esta pesquisa, foram realizadas várias observações. As observações realizadas foram do tipo formais e informais, porém prevaleceram as informais, uma vez que entre as atividades que a pesquisadora participava (pormenorizadas no Apêndice 4), era possível realizar as observações. Os focos de observação centraram-se nas interações entre:

- direção do Hospital e do Instituto,
- direção do Instituto e coordenação (gerente, enfermeira de pesquisa),
- direção do Instituto e médicos,
- médicos entre si,
- médicos e os outros profissionais na Unidade de Internação (UI),
- equipe da UI,
- profissionais da UI e clientes,
- médicos e clientes na UI.

Foram observados também artefatos físicos, como disposição de mobiliário, dos andares para atendimento, disposição de documentação como prontuários, computadores etc.

3.2.6.3 Documentação

As informações documentais são relevantes para o estudo de caso, pois devem corroborar e valorizar as evidências oriundas de outras fontes, tais como verificação de informações, inferir a partir de documentos (YIN, 2001).

As informações documentais são consideradas dados secundários, uma vez que são informações coletadas previamente para algum outro propósito de pesquisa (HAIR *et al.*, 2005). Para este estudo, foram coletados documentos de apresentações referentes a padrões internos de operacionalização e apresentação do Instituto de Medicina Vascular e do Hospital Mãe de Deus, perfazendo um total de quatro documentos, relacionados nas referências.

3.2.6.4 Gravação de Fala-em-Interação

Gravação de conversas entre profissionais de saúde e o cliente e/ou familiar(es) no momento em que o paciente receberá conhecimento que o ajude a ter adesão ao seu tratamento após a alta hospitalar.

Para Flick (2004) a pesquisa pode partir de gravação de conversas e situações naturais para se chegar até transcrições e interpretações, através da metodologia da Análise da Conversa (HUTCHBY & WOUFFITT, 1998).

Para este estudo, os dados primários da fala-em-interação somente são utilizados para entendimento do contato entre os profissionais de saúde e o cliente. Foram gravadas três falas-em-interação e transcritas segundo regras de transcrição pormenorizadas, das quais foram extraídos 10 excertos para análise.

3.2.7 Preparação dos Dados Coletados

Os dados coletados devem ser transformados em texto, que são instrumento para interpretação. Para Flick (2004) as ciências sociais transformam-se em uma ciência textual e confia aos textos formas de fixar e objetivar suas descobertas. Neste estudo, as evidências encontradas na unidade de análise foram transformadas em texto, com o objetivo de objetivar e analisar as descobertas, como suger Flick (2004).

Para além de uma crise de representação, entende-se que os pontos de partida para a pesquisa são as idéias dos eventos sociais, das coisas ou fatos encontrados no campo, e a maneira pela qual essas idéias comunicam-se umas com as outras. Assim, é preciso uma construção na preparação dos dados coletados entre: experiência (coleta), tratamento (construção de textos) e interpretação (atribuição de significado ou apresentação das descobertas). Os dados gerados precisam ser documentados e editados. Como as entrevistas foram gravadas em áudio, a transcrição é uma etapa necessária no caminho para sua interpretação.

3.2.8 Análise dos Dados

Para Yin (2001) a análise dos dados consiste em examinar, categorizar, classificar em tabelas ou recombina as evidências tendo em vista proposições iniciais de um estudo. Cada pesquisador deve estabelecer prioridades do que deve ser analisado e por que. Para este estudo as evidências com prioridade de análise são consecutivamente: entrevistas, documentação, observação direta e fala-em-interação.

Nas entrevistas deste estudo, os dados encontram-se claramente expressos e orientados para as categorias de análise, na documentação encontram-se vários dados úteis que podem ser corroborados ou não pela observação direta e na fala-em-interação, sendo possível capturar a essência da prática dos profissionais entre si e com seus clientes.

A interpretação dos dados é o cerne da pesquisa qualitativa (FLICK, 2004) e, uma das estratégias básicas no modo de lidar com os textos é a codificação do material com o objetivo de categorização. A seguir são apresentadas as técnicas de Análise de Conteúdo e de Análise

da Conversa utilizadas neste estudo com o objetivo de iluminar o exame dos dados desta pesquisa.

3.2.8.1 Análise de Conteúdo

A Análise de Conteúdo utilizada neste estudo, está embasada no manual da professora Laurence Bardin (1977), o qual é amplamente utilizado e reconhecido nas áreas das ciências sociais (MATTOS, 2005). O objetivo da utilização de tal embasamento é a necessidade de maior objetividade à pesquisa qualitativa.

Análise de Conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações que objetiva obter, através de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições das variáveis das mensagens (BARDIN, 1977).

A criação de unidades de análise torna-se essencial através da adoção de um indicador de natureza semântica ao nível dos significados (BARDIN, 1977), o que significa em outras palavras organizar e quantificar os termos ou temas relativos às variáveis estudadas.

O processo de organização dos dados deste estudo foi realizado da seguinte maneira, conforme o entendimento das prescrições de Bardin (1977):

1- *Pré-análise:*

Primeira etapa da análise de conteúdo através de leituras do material obtido para a elaboração de indicadores que orientarão a interpretação. A primeira atividade é a leitura flutuante das entrevistas, neste caso, “deixando-se invadir por impressões e orientações” (BARDIN, 1977, p. 96). O contato com o material torna-se exaustivo para se chegar à definição do *corpus*, em que não se exclui nenhum elemento da análise. Para esta primeira etapa a transcrição íntegra deve estar concretizada. Essa fase permite a assimilação do conteúdo do texto, levando em consideração a exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência.

2- Exploração do material:

Segunda etapa que consiste em operações de codificação em categorias e subcategorias. Categorização é uma classificação dos dados brutos do texto com características comuns. As unidades de contexto são recortes do texto que delimitam o contexto de compreensão, ou seja, dimensões para que se compreenda a significação da unidade de registro. A unidade de significação, por sua vez, corresponde ao segmento de conteúdo considerado como unidade de base.

Neste estudo, a etapa de categorização envolveu os seguintes passos:

- (i) separação de todas as palavras consideradas importantes e com algum sentido. Bardin denomina-as de palavras indutoras.
- (ii) quantificação de cada palavra no texto (entrevista transcrita)
- (iii) agrupamento das palavras por características comuns, ou seja, palavras idênticas, próximas ou que se referiam ao mesmo assunto.
- (iv) Codificação de cada “bloco” de palavras, dados brutos agregados em unidades de contexto, ou seja, o que cada uma das unidades condensadas representa.

3- Tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

A inferência é uma “interpretação controlada” (BARDIN, 1977, p. 133). Ao utilizar adequadamente a análise de conteúdo, informações suplementares são fornecidas ao pesquisador, tais como o modo de expressão, características diversas, pausas, erros, expressões gestuais e posturas. A Análise de Conteúdo serve como instrumento de indução para se investigar as causas (variáveis inferidas) a partir dos efeitos (variáveis de inferência ou indicadores; referências no texto) (BARDIN, 1977). A etapa do tratamento dos dados abrangeu as seguintes etapas:

- (i) Inferências e interpretações sobre a significação de cada “bloco” de palavras, que são as unidades de significação,
- (ii) Utilização dos resultados no estudo.

A Análise de Conteúdo fomenta no pesquisador um maior trabalho de latência entre as intuições ou hipóteses iniciais (pré-análise) e as interpretações definitivas. “Se esse intervalo é rico e fértil” (BARDIN, 1977, p.10) maiores são os benefícios que a Análise de Conteúdo pode proporcionar à pesquisa. Por isso, a Análise de Conteúdo mostrou-se adequada para a análise dos dados deste estudo, devido ao tema complexo que é criação e transferência de conhecimento organizacional em ambiente hospitalar.

3.2.8.2 Análise da Conversa

Outra fonte de informação importante deste estudo é a gravação de três falas-em-interação de profissionais com clientes no momento da orientação para cuidados após a alta hospitalar. O objetivo é verificar **como** é realizada a interação dos profissionais com os clientes, uma vez que, nas entrevistas semi-estruturadas o entrevistado expõe sua *percepção* da sua ação junto ao cliente. Para ir além da percepção do entrevistado, ou seja, para o entendimento do processo na prática, decidiu-se por utilizar a metodologia da análise da conversa, própria da área da lingüística. Para a AC, Ian Hutchby & Robin Wooffitt (1998), não basta a intuição em saber qual o comportamento mais adequado para cada contexto social, é preciso relatar o significado público que os participantes demonstram para os outros, sua orientação para o contexto e seu entendimento da relevância do *setting* institucional de cada **ação** do outro.

Os dados resultantes das gravações das falas-em-interação são considerados dados primários, pois são informações coletadas no local e no momento que ocorreram com o cliente, com o propósito de realizar o atual projeto de pesquisa (HAIR *et al.*, 2005).

Esta seção é dedicada ao referencial que sustenta a metodologia da Análise da Conversa (AC). Devido às inúmeras características que a AC contempla, pretende-se, nesta

seção, fornecer um panorama geral da metodologia, uma vez que, há um esforço interdisciplinar, entre lingüística e administração, em aproveitar o potencial analítico da AC em favor da gestão do conhecimento para promover a adesão do cliente ao tratamento.

Para Hutchby & Wooffitt (1998), a análise da conversa é o estudo da fala, ou seja, é análise sistemática da conversa produzida em situações diárias da interação humana: fala-em-interação.

Segundo Stephen Levinson (1983), a Análise da Conversa (AC) tem sua origem na etnometodologia, movimento que estuda os métodos étnicos (dos próprios participantes) de produção e interpretação da interação social. De acordo com Flick (2004) a escola da etnometodologia foi fundada por Harold Garfinkel (1967) e lida com a questão de como as pessoas produzem a realidade social no processo interativo e através deste. Realidade social pode ser aqui entendida como produzida localmente ('aqui e agora' no curso da ação), endogenamente (no interior da situação), audiovisualmente e na interação pelos participantes.

A preocupação central dessa escola é o estudo dos métodos empregados por membros na produção da realidade da vida cotidiana. O programa de pesquisa etnometodológica, segundo Flick (2004), é caracterizado pelo interesse nas atividades cotidianas, na sua execução e na constituição de um contexto de interação, localmente orientado no qual se realizam as atividades. Em geral, o programa de pesquisa etnometodológica é realizado nas pesquisas empíricas da análise da conversa.

O precursor da AC é Harvey Sacks (1935 – 1975), cientista do departamento de sociologia da Universidade da Califórnia primeiramente e depois de Irvine, entre 1964 e 1972. Para ele, a fala-em-interação é sistematicamente organizada e profundamente ordenada; sua produção é metódica e finalmente a análise deve ser baseada em dados que ocorreram naturalmente (HUTCHBY & WOUFFITT, 1998).

A fala que interessa à AC é aquela que ocorre naturalmente, sem ser produzida em um laboratório, pois objetiva descobrir como o participante entende e responde ao outro em seu turno de fala, com o foco central nas seqüências de ações que são geradas (HUTCHBY & WOUFFITT, 1998).

O foco da análise da conversa não é o significado subjetivo para os participantes, mas a *forma como essa interação é organizada*. O tópico de pesquisa é o estudo da vida cotidiana, por isso é crucial o papel do contexto em que as interações ocorrem. Cada evento de fala-em-interação apresenta esforços de produção dos membros ali mesmo, ou seja, das contribuições conversacionais dos membros. A fala-em-interação em um contexto institucional é relevante, pois somente as práticas específicas do profissional e do cliente transformam uma conversa em uma consulta. Enfim, a etnometodologia preocupa-se com a descrição dos métodos dos membros, em vez de suas perspectivas, a fim de descrever o processo em estudo a partir de dentro (FLICK, 2004).

Para Hutchby & Wooffitt (1998), a AC estuda a organização interacional das atividades sociais. Palavras são entendidas como produtos ou objetos usados em termos de atividades negociados na fala: solicitações, propostas, reclamações, acusações etc. A ordem, o sentido ou a coerência são entendidos no contexto (circunstâncias locais em que a interação foi produzida).

AC é a análise sistemática da conversa produzida em situações diárias da interação humana: *talk-in-interaction*. A fala que interessa a AC é aquela que ocorre naturalmente, sem ser produzida em um laboratório. O foco da AC é na seqüência, pois através do curso da conversa em interação os falantes dispõem, na próxima seqüência de turno, um entendimento do que era o primeiro turno. A ferramenta básica da AC é o *next-turn proof procedure*, ou seja, o próximo turno pode ter uma seqüência desejada ou indesejada, conforme o que o falante anterior disse. São as propriedades ordinárias da fala (HUTCHBY & WOUFFITT, 1998).

Para a AC, segundo Hutchby & Wooffitt (1998), os turnos de fala não são serialmente ordenados, ou seja, cada interagente fala na sua vez, mas sequencialmente ordenados. Existem maneiras descritíveis de observar que os turnos são ligados em uma seqüência ordenada, através da:

- (i) *next turn*: local onde os participantes dispõem seu entendimento sobre o primeiro turno para possível compreensão. Os próprios participantes analisam o processo de produção da fala para negociar sua participação nela.

- (ii) *content*: o próximo falante de turno prioriza o conteúdo do turno, ou seja, a ação que tem sido designada para fazer.

Além dessas maneiras de observar a ordem inferencial de fala, deve-se atentar para o tipo de cultura e recursos interpretativos dos participantes levam ao entendimento de maneiras diversas e próprias (HUTCHBY & WOUFFITT, 1998).

Convencionalmente as interações ocorrem em pares, é a seqüência conversacional que ocorre através dos pares adjacentes (por exemplo, a primeira parte do par pode ser um convite e a segunda parte do par pode ser aceitação ou declínio). Nem sempre os pares adjacentes ocorrem de maneira uniforme e ideal, ou seja, nem sempre a primeira parte do par faz uma formulação reconhecível e a segunda parte produz um segundo par a partir do que reconheceu do primeiro par. Os pares adjacentes têm uma significância fundamental em AC: a questão de como o entendimento mútuo é acompanhado e arranjado na fala. Os participantes podem usar o mecanismo de pares adjacentes para arranjar e/ou analisar o processo de entendimento e *sense-making* da fala do outro. Os pares adjacentes constituem uma estrutura normativa de poder para avaliação de ações do interlocutor e motivos da produção da primeira parte. Isso mostra que a fala em interação é um problema de realização de ações, assim o fracasso na troca de turno já é um tipo de ação representativa (HUTCHBY & WOUFFITT, 1998).

O encontro do médico e/ou profissional de saúde com o paciente, internado em hospital, caracteriza uma interação em um **contexto institucional**. Para Hutchby & Wooffitt (1998), nos *settings* institucionais, os participantes cumprem a natureza disciplinada da conversação em si. A abordagem da Análise da Conversa trata do importante papel da fala na produção da vida social. Esses autores argumentam ainda que, segundo essa abordagem, a fala nos ambientes institucionais está envolvida no cumprimento da sua natureza institucional.

Portanto, em uma consulta médica e nas orientações pré-alta, ocorrem interações em vários níveis de mútuo entendimento, conflito, cooperação, autoridade, subordinação. Assim, a relação médico-paciente apresenta uma grande gama de considerações interacionais e sociais (HERITAGE & MAYNARD, 2006).

Nas consultas médicas, médicos são treinados e os pacientes são ordinariamente familiarizados com um “corpo” de conversação ordinária que manifesta uma organização

estrutural construída a partir de fases ou atividades que caracteristicamente emergem na seguinte ordem: abertura da consulta, apresentação do problema/ razão da visita pelo paciente, exame verbal ou físico, diagnóstico ou avaliação da condição do paciente, detalhamento do tratamento pelo médico e fechamento da consulta (HERITAGE & MAYNARD, 2006).

Sorjonen, Raevaara, Haakanam, Tammi & Peräkylä (2006) analisam como os médicos finalizam e constroem informações sobre o estilo de vida do paciente. Os dados são 90 *videotapes* (gravados na Finlândia) e transcritos. Normalmente o estilo de vida é invocado pelo médico para introduzir alguma informação ou conselho. O médico, normalmente, define o estilo de vida do paciente como problemático ou não problemático. Quando o paciente percebe seu estilo de vida como problemático, o médico se põe a aconselhá-lo, mas deveria, segundo os autores, investigar melhor a descrição do seu comportamento, bem como adaptar a intervenção ao contexto e cultura.

Peräkylä (2006) mostra que estudos sobre o relacionamento entre médicos e pacientes abordam duas maneiras de pensar sobre tais relações. A primeira enfatiza a autoridade do médico, onde esse detém o conhecimento e o paciente não [representada por autores como Parsons (1951), Freidson (1970b) e Abbott (1988)]. A segunda maneira sustenta que tanto o paciente como o médico tem idéias sobre a natureza, a origem e possíveis tratamentos para a doença do paciente [defendida por autores como Helkman (1992), Pendleton (1983), Kleinman (1980) entre outros].

É a partir da segunda vertente que este estudo se move, uma vez que, sob a perspectiva da inteligibilidade do paciente e sua participação no diagnóstico (PERÄKYLÄ, 2006), o médico faz a mediação entre diferentes orientações cognitivas e valores, negociando ativamente com o paciente como um aliado terapêutico sobre o tratamento e resultados esperados (KLEINMAN, EISENBERG e GOOD, 1978). Tais negociações de modelos explanatórios dependem de onde discrepâncias durante a negociação podem conduzir e se elas afetam o cuidado. Assim, o processo de negociação pode ser simples, mas importante passo para conquistar a confiança do paciente, prevenindo maiores discrepâncias na avaliação dos resultados terapêuticos, promovendo adesão e reduzindo a insatisfação do paciente (KLEINMAN *et al.*, 1978).

Em artigo de Caprara & Rodrigues (2004), a partir dos estudos de Donabedian (1990), nas décadas de 1970 e 1980, a qualidade dos serviços de saúde, assim como percebida pelos pacientes, depende de 30 a 40% da capacidade diagnóstica e terapêutica do médico, e de 40 a 50% da relação que se estabelece entre profissionais de saúde e usuários, em particular entre médico e paciente.

Para Caprara & Rodrigues (2004), o processo diagnóstico e terapêutico, a familiaridade, a confiança e a colaboração estão altamente implicadas no resultado da prática médica. Em pesquisa realizada no Brasil, no Programa de Saúde da Família no Estado do Ceará e publicada por Caprara & Rodrigues (2004) observou-se que o médico não é ativamente estimulado a pensar o paciente em sua inteireza, como um ser bio-psicossocial, e a perceber o significado do adoecer para o paciente. Pelo que se refere à comunicação entre médicos e pacientes, a pesquisa realizada mostra que no começo da consulta quase todos os médicos tentam estabelecer uma relação empática com o paciente. Apesar disso, uma série de problemas surge de forma evidente: 39,1% dos médicos não explicam de forma clara e compreensiva o problema, bem como em 58% das consultas, o médico não verifica o grau de entendimento do paciente sobre o diagnóstico dado. Os médicos, em 53% das consultas, não verificam a compreensão do paciente sobre as indicações terapêuticas (CAPRARA & RODRIGUES, 2004 *apud* CAPRARA *et al.*, 2001).

Para a **transcrição** da gravação da fala-em-interação, há regras pormenorizadas de transcrição, que incluem sobreposição da fala, pausas, sons ampliados, interrupção da palavra/som, inspirações e expirações audíveis, aumento da amplitude do som entre outras características. Para este estudo, utiliza-se as convenções de transcrições adaptadas de Ana C. Ostermann (2006) e são as seguintes:

Símbolo	Características
MAIÚS	volume aumentado
´	entonação ascendente
.	entonação descendente ou parada
?	entonação ascendente
[]	momento de fala do falante atual que ocorre simultaneamente com a fala (também em colchetes) do falante seguinte
-	palavra truncada

=	fala colada
::	som ou sílaba prolongada
(())	outras informações sobre a intenção
{ }	momentos de dúvida na transcrição
X	momentos de fala que são inaudíveis; cada X representa mais ou menos uma sílaba
FALANTE:	no início da fala, identifica o falante corrente
@	riso

Quadro 16: Convenções de transcrição das falas-em-interação

Fonte: Baseado em Ostermann (2006)

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

4.1 Contextualização da Instituição

4.1.1 O Sistema De Saúde Mãe de Deus

O Sistema de Saúde Mãe de Deus² é uma rede hospitalar das obras das Irmãs Missionárias de São Carlos Borromeo Scalabrinianas. O hospital teve início das Atividades Hospitalares em 01 de junho de 1979 e cresceu 245% em 25 anos.

A taxa de crescimento é em média de 15% a cada ano (HMD, 2006). Composto por cinco hospitais, apresenta o Hospital Mãe de Deus como de alta complexidade, mais quatro unidades de baixa e média complexidade no Rio Grande do Sul e dois grandes centros médicos que oferecem uma assistência médica de alta resolução em nível ambulatorial. Possui também cinco projetos de ambulatorios especializados voltados para a saúde comunitária.

Compõem o Sistema de Saúde Mãe de Deus as seguintes unidades: Hospital Mãe de Deus, Hospital Nossa Senhora dos Navegantes, Hospital Santa Luzia, Hospital de Campo Bom Dr. Lauro Réus, Centro Clínico Mãe de Deus, Mãe de Deus *Center* Carlos Gomes e Unidade Móvel (HMD, 2006). O Sistema apóia projetos de tecnologia de gestão apoiando a gestão dos hospitais em convênio com os órgãos governamentais, foram 42 hospitais beneficiados em 2004/2005 (SEFERIN, 2005).

² Ver www.maededeus.com.br

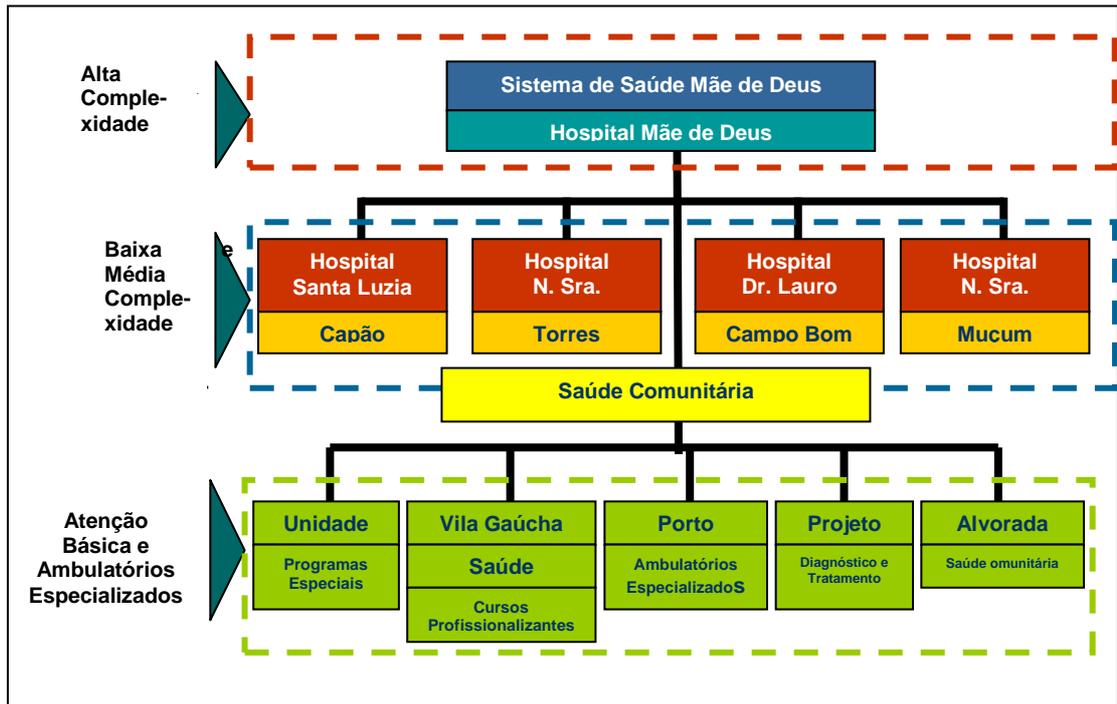


Figura 11: Estrutura do Sistema de Saúde Mãe de Deus
Fonte: SEFERIN (2005)

O Hospital Mãe de Deus é um hospital geral que tem sua estratégia principal no atendimento nas áreas de maior morbi-mortalidade e alta complexidade, tais como doenças vasculares, doenças respiratórias, câncer, trauma, saúde mental e transplantes de órgãos e tecidos. O Sistema de Saúde Mãe de Deus realiza planejamento estratégico desde 1998, com políticas, diretrizes e metas que são avaliadas sistematicamente e levadas ao conselho para apreciação e replanejamento. O planejamento estratégico apresenta forte ênfase na qualidade médico-assistencial (GUIMARÃES, 2007).

Historicamente, internava-se o cliente por longos períodos até sua completa recuperação, mas a partir das novas tecnologias, minimamente invasivas, e medicamentos mais modernos, essa necessidade alterou-se criando um novo modelo de assistência. O Hospital Mãe de Deus adotou o Modelo Médico-Assistencial como referencial de atendimento, em que a premissa de segurança para o cliente é garantida através de recursos, pessoas e processos em atendimentos de diferentes graus de complexidade e gravidade. Esse Modelo está embasado no referencial internacional do *Institute Healthcare Improvement* que inclui o cuidado com o uso adequado dos recursos, conferindo eficácia no conjunto dos resultados (HMD, 2006).

A gestão clínica faz o planejamento, avaliação e controle das atividades diárias dos profissionais através da Controladoria Médico-Assistencial, que é um “fórum de apoio à gestão dos centros de resultado e das especialidades médicas organizadas” (HMD, 2006, p.28). A Controladoria Médico-Assistencial organiza o corpo clínico e os serviços médicos por especialidades, a qual é composta de gestores assistenciais das maiores áreas do hospital, Diretor Executivo, Diretora Assistencial e coordenada pelo Diretor Médico-Científico (GUIMARÃES, 2007).

Assim, através da organização de especialidades considerando os perfis epidemiológicos de mortalidade e morbidade, o Modelo aumentou o atendimento de clientes de alta complexidade; implementou o Instituto de Medicina Vascular como uma referência nacional nesta especialidade; incorporou novas tecnologias de diagnóstico; capacitou seu grupo de médicos através da organização por especialidades, sustentadas pelo planejamento estratégico; treinou e contratou profissionais da área assistencial; utilizou matriz de indicadores de desempenho técnico, como painel de segurança do paciente e implantou um fórum de especialidades constituído pelos gestores das principais especialidades médicas do hospital (HMD, 2006).

O modelo de gestão implementado gradativamente a partir do ano 2000, agrega simultaneamente a capacidade de gestão da competência técnica, a responsabilidade social, o desenvolvimento técnico-científico e pesquisa. Esses quatro elementos são considerados pilares para sustentação do modelo de gestão do hospital. Estão à frente do Sistema de Saúde Mãe de Deus o Superintendente e a presidente e vice-presidente. A gestão do hospital é integrada entre o Diretor Médico-científico, o Diretor Executivo, a Diretora Assistencial e o Diretor de Operações (GUIMARÃES, 2007).

Constam como valores do Sistema de Saúde Mãe de Deus o cliente como centro de atenção, a integração do médico através do compromisso com o modelo assistencial e a gestão como inovadora, centrada no cliente e voltada para resultados (SEFERIN, 2005). A estrutura de gestão, centrada na atividade médica é baseada na epidemiologia, recursos humanos, comando e hierarquia, ciência, tecnologia, humanidade e ética. Com o objetivo de garantir credibilidade e segurança aos usuários dos serviços da marca Mãe de Deus, os serviços médicos foram estruturados para assegurar o registro da assistência, indicadores de desempenho e a métrica da avaliação (CORPO CLÍNICO, 2006).

Conforme entrevista à revista BestHome (2007), o Dr. Cláudio Seferin, diretor superintendente, afirma que a estratégia de investimentos na qualidade dos serviços e dos processos assistenciais foi plenamente gratificada através da acreditação da ONA (Organização Nacional de Acreditação) no ano de 2007 do Ministério da Saúde, sendo a primeira instituição da Região Sul e uma das dez Instituições Brasileiras a receber o mais importante certificado da área da qualidade assistencial no país.

O sentido de responsabilidade e compromisso permeia todas as equipes de trabalho e possibilita um padrão superior de assistência a saúde. O hospital Mãe de Deus tem um modelo de gestão médico-assistencial inovador e projeção científica dos serviços médicos (BESTHOME, 2007).

Um dos compromissos permanentes do Sistema de Saúde Mãe de Deus é identificar e atender as necessidades do cliente através de um relacionamento diferenciado embasado na metodologia do Modelo Picker, o qual preconiza a prática de sete dimensões do atendimento. Além disso, possui o Núcleo de Relacionamento ao Cliente que acolhe sugestões e dificuldades no serviço prestado, Call Center para agendamento de cirurgias e consultas, informações de exames, entre outros, somente em 2006 esse serviço atendeu mais de um milhão de ligações; Pesquisa de Satisfação dos funcionários; site do Sistema, Pastoral da Saúde que leva solidariedade e conforto humano para clientes e familiares (HMD, 2006).

O Hospital Mãe de Deus que é reconhecido pela inovação e pelo pioneirismo de suas ações, contabiliza 370 leitos e aproximadamente 2.000 funcionários, conta com um corpo clínico formado por mais de 3.000 profissionais, que atuam sob orientação de protocolos em consonância com as melhores práticas da medicina moderna, apoiado no desenvolvimento científico.

O que fundamenta o desenvolvimento científico é o conhecimento gerencial (administrativo e técnico), o fomento para a pesquisa, a integração com instituições de ensino (inclusive com a UNISINOS) e a Universidade Corporativa Mãe de Deus que foi a primeira da área hospitalar do país (HMD, 2006).

4.1.2 O Instituto de Medicina Vascular

O **Instituto de Medicina Vascular**³ é um dos serviços ambulatoriais especializados e de alta resolução do Sistema de Saúde Mãe de Deus, que desde 28 de novembro de 2002 está voltado para a prevenção, o diagnóstico e o tratamento das especialidades das doenças cardio e cerebrovasculares de forma interdisciplinar e inovadora.

O Instituto de Medicina Vascular percebeu uma oportunidade de serviço através da verificação que, para o sucesso no tratamento do Infarto Cerebral ou do Infarto do miocárdio a variável mais importante para que o desfecho seja favorável, é sem dúvida o tempo decorrido entre o início dos sintomas e o início do tratamento. Existe uma verdadeira janela de tempo “uma *golden hour*”. A partir da constatação de que normalmente perde-se muito tempo no reconhecimento de um evento vascular em curso, bem como demora no transporte, na sala de emergência e para o início do tratamento. Isto ocorre porque os hospitais e clínicas estão muito voltados para problemas agudos ou para ações preventivas. Viu-se então em 2002 a oportunidade de romper a barreira das especialidades, reconhecendo a pessoa vulnerável e avaliando seus riscos vasculares (HMD, 2007).

Podem ser considerados como referência para o serviço (HMD, 2007):

- (i) *Cleveland Clinic Heart and Vascular Institute* que recebeu o prêmio *America's Best Hospital's 2006*, a qual aplica novas técnicas, novas tecnologias e novas pesquisas para doenças do coração e seu tratamento;
- (ii) a *Massachusetts General Hospital's Cardiovascular Disease Prevention Center* que define sua missão como *prevention-as-treatment*, dando suporte ao paciente na realização de mudanças no seu estilo-de-vida, além da abordagem para cuidado clínico, considerado como um centro de tratamento de elite para condições cardíacas;

³ Ver www.maededeus.com.br/institutodemedicinavascular

- (iii) *Mayo Clinic* que possui mais de 170 especialistas cardiovasculares e em torno de 20 sub-especialidades clínicas, tem sua missão fundamentada em usar o estado-da-arte em termos tecnológicos e
- (iv) *Texas Heart Institute* que possui mais de 160 membros entre cirurgiões, cardiologistas, anestesiólogos, patologistas e cientistas voltados para serem a melhor escola médica através da *University of Texas Medical School at Houston* e da *Baylor College of Medicine*.

As *expertises* do Instituto de Medicina Vascular estão nas doenças Acidente Vascular Cerebral, Síndrome Coronariana Aguda, doenças da aorta e Doença Arterial Periférica. Dentro do sistema de emergência do Hospital Mãe de Deus, foi criada a Unidade Vascular para servir de “*pit stop* da sobrevivência”, que segue as diretrizes das sociedades americanas e europeias de cardiologia e neurologia. Além disso, foi implementada uma série de medidas visando a prevenção do ataque cardíaco e do derrame, que na maioria das vezes pode ocorrer sem avisos, bem como possui tecnologia de ponta no reconhecimento e para o tratamento das doenças vasculares periféricas (aorta e seus ramos) (HMD, 2007).

O Instituto de Medicina Vascular tem como valores para os clientes o atendimento, segurança, tecnologia, conveniência, valorização e filantropia para implementar uma estratégia de vendas, onde consta um programa de marketing de relacionamento, de *endomarketing*, de fidelização de médicos parceiros. O serviço conta com parceiros internos do Hospital Mãe de Deus como Neurologia, Cardiologia, Neurocirurgia, Cirurgia Vascular Periférica, Centro de Terapia Endovascular, Prevencor, Medicina Diagnóstica, Plantão Médico.

O Instituto de Medicina Vascular surgiu a partir da evolução do conhecimento técnico e científico que permitiu perceber que várias especialidades e suas doenças, como o Acidente Vascular Cerebral (AVC) e o infarto, possuíam a mesma origem: a formação de placa de gordura nas artérias (arteriosclerose). Considerando o paciente como um todo o instituto tem a capacidade de reconhecer com mais qualidade o surgimento dessas doenças, desenvolvendo fatores para estratificar o risco (HMD, 2008).

De acordo com Jaeger, Rech, Silveira & Manenti (2006), durante o período de 2002 a 2006, o Instituto de Medicina Vascular realizou o atendimento de 1500 pacientes com dor torácica e aproximadamente 700 pacientes com AVC agudo junto à emergência do Hospital Mãe de Deus. Os atendimentos clínicos são sistematizados e embasados em protocolos científicos que são implementados através de treinamentos das equipes médica e de enfermagem do setor de emergência hospitalar. Os protocolos são revisados periodicamente e seguidos na prática. Os autores consideram ainda como marcos de destaque o atendimento intra-hospitalar multidisciplinar, a elaboração de uma alta hospitalar qualificada e o encaminhamento para grupos de reabilitação cardíaca e de abandono de tabagismo.

4.2 Apresentação e Análise dos Dados

Nesta seção são apresentados os resultados dos dados coletados nas duas dimensões que norteiam este estudo: contexto e processo. Para cada uma destas dimensões inicialmente são destacados os achados quantitativos resultantes da Análise de Conteúdo (BARDIN, 1977) e das observações, em seguida os dados qualitativos das evidências coletadas são apresentados nas categorias propostas na estrutura da pesquisa (item 2.4), os relacionando com o referencial teórico correspondente.

4.2.1 Dimensão Contexto

A dimensão contexto foi investigada através de seis entrevistas a seguir caracterizadas:

Dimensão		Cargo	Função
CONTEXTO	1	Diretor Médico-Científico	Diretoria
	2	Diretor de Operações	
	3	Assessor da Direção	Equipe Diretiva
	4	Gerente Universidade Corporativa	
	5	Diretor do Instituto Medicina Vascular	Instituto de Medicina Vascular
	6	Administrador IMV	

Quadro 17: Entrevistas da dimensão contexto

Fonte: Dados desta pesquisa

Com o objetivo de preservar a identificação direta do autor de cada fala, os entrevistados da dimensão contexto são aqui denominados através das siglas EC1, EC2, EC3, EC4, EC5 e EC6.

4.2.1.1 Subcategoria: Valor ao Negócio

A adesão ao tratamento é um indicador da eficácia da Instituição, pois quando é oferecido um bom serviço ao cliente, com segurança e onde possa haver economia na seqüência de eventos, a qualificação definitiva da assistência se verifica, através da implementação do Modelo Médico-Assistencial. Esse Modelo controla e organiza a gestão clínica das especialidades e está embasado no tripé: acesso, permanência e continuidade. É na continuidade do tratamento que a adesão se mostra como prova do resultado de todo o processo de prestação do serviço, selando o sucesso do negócio. Este entendimento está representado na figura 12.

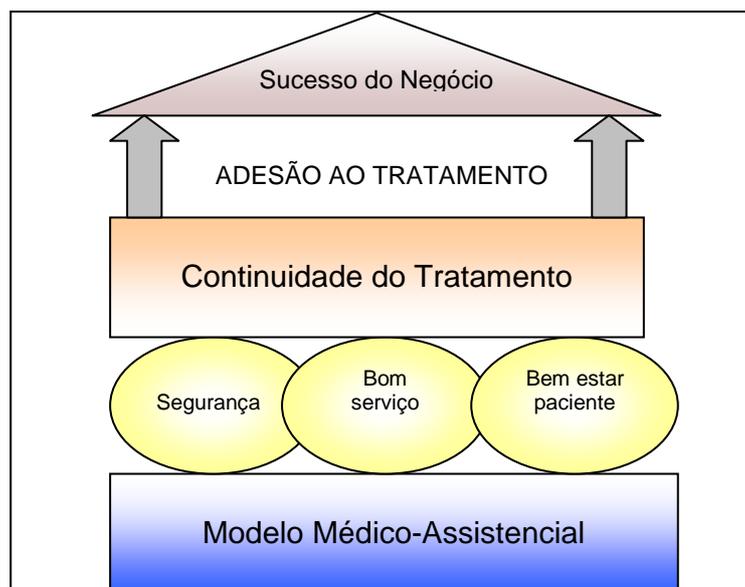


Figura 12: Representação da subcategoria Valor ao Negócio

Fonte: Dados desta pesquisa

Assim, a qualificação definitiva da assistência se verifica através do bem-estar do cliente, que acaba reconhecendo na Instituição a capacidade de resolver os seus problemas. Quando a empresa oferece o tipo de serviço que os clientes necessitam de forma capaz, agradável, conveniente e por um preço justo, então é criado valor para a empresa LOVELOCK & WRIGHT (2001).

Nós estamos falando do nosso processo-chave [adesão], nós estamos falando do *core-business*, esse é o maior valor possível que possa ser agregado, ou seja, o quanto eu posso contribuir diretamente para um paciente, conseguir recuperar, trazer aquele paciente para as condições de saúde ou de equilíbrio, mas ao mesmo tempo fortalece a posição da Instituição de poder oferecer um produto à sociedade. Ou seja, se eu sei que consigo ter um produto que beneficie as pessoas, então o valor agregado é o meu produto *latu sensu*. Que é isso que as pessoas esperam. (EC2)

O valor da adesão poderá se traduzir em resultados financeiros e divulgação da Instituição através da fidelização do cliente à marca. A fidelização do cliente é importante para a estratégia operacional de serviços, e é uma consequência direta da sua satisfação, em que o serviço entregue atende as necessidades dos clientes-alvo LOVELOCK & WRIGHT (2001). Neste caso, o serviço de acesso, permanência e continuidade do tratamento do cliente na Instituição, atendeu a todas as suas necessidades, produzindo fidelização do cliente, gerando novos atendimentos na Instituição e indicações do serviço. Como consequência, os autores apontam o crescimento da receita e lucratividade. Pode-se perceber isto no seguinte excerto:

A fidelização do cliente tem muito a ver com o valor intangível. A fidelização é um valor para uma empresa. Se o paciente do instituto é bem atendido, isso cria um vínculo que gera satisfação para o cliente. Isso significa que o paciente está satisfeito conosco que voltará aqui, que não vai procurar outros serviços. Gera resultados, tanto financeiros, e o cliente vai estar divulgando o instituto. [...] Isso é um diferencial do instituto. (EC6)

A qualificação definitiva da assistência está em processo, através da implementação do Modelo Médico-Assistencial. O modelo de gestão Médico-Assistencial é a principal ferramenta de gestão do conhecimento para adesão, pois controla e organiza a gestão clínica do hospital em especialidades, através de um conjunto de ações, atitudes e ordens sob a

responsabilidade da Controladoria Médico-Assistencial. As especialidades são organizadas em três estratos, sendo que as seis especialidades de relevância epidemiológica são as que recebem mais atenção em termos de indicadores, renovação de protocolos e organização em institutos.

Pode-se compreender que o Modelo Médico-Assistencial está tendo o papel estratégico na gestão do conhecimento no sentido de agregar valor explorando novas vantagens competitivas a partir do conhecimento existente (WIGG, 1997). Assim, nesse Modelo a premissa de segurança para o cliente é garantida através de recursos, pessoas e processos em atendimentos de diferentes graus de complexidade e gravidade, conferindo eficácia no conjunto dos resultados (HMD, 2006). Percebe-se isto através da seguinte fala:

A saúde tem uma premissa hoje que é muito importante, que a Instituição deve oferecer para o paciente um tratamento que seja seguro, então *safety* (segurança) e que seja custo-efetivo, que tenha uma prova de custo efetividade, e isto nós só vamos conseguir no momento que consigamos fazer a adesão do paciente à Instituição. Porque nesse momento nós podemos fazer gestão do conhecimento através de aperfeiçoamento dos nossos profissionais que estão envolvidos com o atendimento ao paciente, e com isso poderemos disponibilizar para o paciente uma Medicina Baseada em Evidências. Evidências clínico-epidemiológicas, que na verdade é o tratamento seguro, na hora certa, que receba a dose correta e que exista adesão ao tratamento. (EC4)

O Modelo Médico-Assistencial conta com a Controladoria Médico-Assistencial como instrumento de controle da gestão clínica das especialidades, onde os médicos devem mostrar seus resultados.

O médico é obrigado a mostrar os seus resultados. [...] Isso é uma exigência ética e legal e a Controladoria é um instrumento para exigir isso. (EC3)

A Instituição tem com um grupo de gestores um contrato, e esse contrato prevê prestação de contas assistenciais, prestação de contas econômicas e prestação de contas de conhecimento. Por exemplo, de quantas atividades científicas eles participaram, de quantos artigos ou trabalhos eles apresentaram em congressos e prever para cada especialidade que protocolos sejam apresentados em uma Instituição do hospital que é a Controladoria Médico-Assistencial, que aquele protocolo seja constantemente atualizado à medida que nova evidência sustenta que assim seja, quando ele é renovado, ele deve ser então novamente validado nesse fórum que a Controladoria. (EC1)

Observa-se que a Controladoria Médico Assistencial assume o papel de gestor do conhecimento institucional, ou seja, através da Controladoria, as especialidades devem prestar contas assistenciais, de conhecimento e econômicas (resultado e de serviços), que são reguladas por contrato com os médicos. Nesse sentido, a Controladoria tem um importante papel na gestão do conhecimento, tal como um guardião, um *gatekeeper*, através das especialidades organizadas com contrato, com modelo de gestão, com prestação de contas.

Neste sentido, Wigg (1997) considera que existem muitas maneiras e abordagens capazes de capitalizar o conhecimento em valor que beneficie o empreendimento, através da efetiva gestão dos processos de conhecimento. A Controladoria Médico-Assistencial é um exemplo de abordagem capaz de capitalizar o conhecimento em valor, uma vez que, através da gestão dos processos de conhecimento centraliza, controla e fomenta novos conhecimentos cobrando os resultados médicos através de exigências éticas e legais.

Pode-se também compreender estes processos como uma maneira com que a Instituição se encarrega do seu conhecimento (MAIER & REMUS, 2002), tal como demonstrado no seguinte excerto:

A proposta desse modelo é que tenha dois sistemas, um sistema genérico, que é o da Controladoria Médico-Assistencial, que trata dos grandes resultados, do controle da garantia de que esse modelo está sendo implementado. E num outro fórum que é dentro de cada especialidade. [...] O que eu preciso é que cada especialidade faça de uma maneira que responda às necessidades da Controladoria Médico-Assistencial da diretoria médica e científica que trata dessa política. (EC2)

O Modelo Médico Assistencial está em processo de implementação, portanto não é um modelo consolidado. A adesão do cliente ao tratamento é uma consequência do processo de toda a prestação de serviço. Quanto a isso o entrevistado EC3 comenta:

Hoje todos os grandes processos de acreditação hospitalar estão baseados em três premissas: acesso, permanência e a continuidade do tratamento. E na continuidade a questão da adesão é uma das coisas imensamente importantes. (EC3)

Há ações que estão sendo tomadas no sentido de se posicionar melhor com relação ao resultado da adesão no cliente. Observa-se isso no excerto seguinte:

Estamos inaugurando essa linha de acompanhamento pós-alta [através de pesquisas]. Acompanhamento dos desfechos. [...] Então a finalidade de estruturar métodos e processos é essa, a finalidade da Fulana juntamente com a Universidade é essa, então desenvolvermos uma ligação empresa-universidade, no sentido de aprimorar nossa capacidade de mensurar, esse é o escopo final. Se o hospital tem capacidade de seguir os pacientes pós-alta, ele vai ter informações, vai ter dados sobre o que está acontecendo, nós não sabemos isso, ninguém sabe no Brasil isso, pouca gente sabe. (EC4)

A seguir é apresentado o quadro 18 demonstrando a unidade de contexto, a qual serve de unidade de compreensão para codificar a unidade de registro correspondente (BARDIN, 1977). Neste estudo a unidade de contexto é composta por palavra(s) e a unidade de significação por uma frase que representa a fala do entrevistado no que se refere à subcategoria em questão.

Entrevista	Unidade de Contexto	Unidade de Significação
EC1	Gestão Médico-Assistencial	O modelo de gestão Médico-Assistencial é a principal ferramenta de gestão do conhecimento para adesão, pois controla e organiza a gestão clínica do hospital em especialidades, através de um conjunto de ações e atitudes sob a responsabilidade da Controladoria Médico-Assistencial. As especialidades são organizadas em três estratos, sendo que as seis especialidades de relevância epidemiológica são as que recebem mais atenção em termos de indicadores, renovação de protocolos e organização em institutos.
EC2	Modelo Médico-Assistencial Valor	Quando o paciente tem adesão ao tratamento recomendado, o valor que é produzido é o <i>core-business</i> da Instituição, pois prova a eficácia da Instituição, através de quatro benefícios: contribui para o paciente, oferecimento de um produto à sociedade, beneficia diretamente as pessoas, satisfaz expectativas da sociedade. O “pulo do gato” em termos de estratégia hospitalar é que interesses econômicos não podem se sobrepor aos assistenciais, pois compromete a marca da Instituição, tem conseqüências assistenciais, bem como afeta o próprio desenvolvimento da medicina, relegando a geração e democratização do conhecimento a um segundo plano.
EC3	Modelo Médico-Assistencial Valor	O maior valor é a qualificação definitiva da assistência, através do bem-estar do paciente, que acaba reconhecendo na Instituição a capacidade de resolver os seus problemas. Isto está sendo exigido

		internamente progressivamente. Concorrentes reconhecem o alto nível dos nossos serviços, chegando a trazer familiares para operarem aqui. Isto é patrimônio.
EC4	Valor Adesão	A premissa da saúde de maior valor atualmente é a segurança. Para isso é preciso aprimorar a capacidade de mensuração, o que é uma medicina de registros. A adesão ao tratamento tem valor porque economiza na seqüência de eventos, valor para a Instituição, para o paciente e para a fonte pagadora.
EC5	Valor Educação	A adesão mede o sucesso do negócio, pois o tratamento está tendo continuidade, como consequência de contatos preciosos com a equipe de profissionais: médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, fazendo com que o paciente se engaje com a Instituição.
EC6	Valor Gerência	Quando o serviço é prestado com qualidade e com bom atendimento, gera valor intangível para o hospital, pois o cliente vai ficar fidelizado ao Instituto, voltará para ser atendido aqui, trará resultados financeiros e fará a divulgação da marca.

Quadro 18: Unidades de contexto e significação para a subcategoria Valor ao Negócio

Fonte: Dados desta pesquisa

4.2.1.2 Subcategoria: Orientação de Mercado

Com relação à orientação de mercado, a adesão está posicionada entre o ambiente interno institucional e o ambiente externo do mercado. A adesão ocorre na fase de continuidade do tratamento, a qual não é remunerada pela fonte pagadora, mas está na estratégia institucional por uma exigência ética e legal.

A adesão é produto da implantação de um modelo ambulatorial com resultados de longo prazo. A fonte pagadora remunera a intervenção de curto prazo em um modelo hospitalista, no qual a cultura médica está apoiada, por isso há uma resistência para a migração para o modelo ambulatorial. Na estrutura atual, a fonte pagadora não controla resultados, paga por intervenção. Como consequência, a qualidade do serviço não é mensurada e a concorrência de mercado não funciona.

A adesão do cliente ao tratamento é resultado de um investimento de médio e longo prazo de todos os envolvidos na problemática: da Instituição, do cliente e deveria ser da fonte pagadora no modelo ambulatorial. O ambulatório é um modelo de atendimento mais propício para atendimentos crônicos, o qual ocorre com prevenção secundária de médio e longo prazo, neste modelo não há remuneração direta pela fonte pagadora. O mercado na área da saúde não

está centrado no valor para o cliente, mas o valor está “na minimização dos custos e na disputa por quem vai pagar pelo quê” (PORTER & TEISBERG, 2007, p.21). Assim, está ocorrendo um fracasso na competição da área da saúde, que não recompensa os melhores prestadores, e os piores não vão à falência, pois a competição acontece nos níveis errados e nas coisas erradas (PORTER & TEISBERG, 2007). Neste estudo, encontraram-se evidências que corroboram este entendimento, podendo-se tomar, como exemplo, o seguinte excerto de entrevista:

Se tu estás preocupado com a adesão ou não, isso é igual, do ponto de vista de concorrência de mercado, tu te preocupar com a adesão ao tratamento, ou tu não te preocupar gera nenhuma diferença, significa que o serviço que tu presta depois, seja ele bom ou ruim é igual. (EC1)

Assim, se depender da estruturação do mercado, para a utilização de estratégias de conhecimento em produtos e serviços (MAIER & REMUS, 2002) que possa propiciar maior adesão dos clientes ao tratamento, não há viabilidade. Porém, esta Instituição está com um movimento interno estratégico para reverter esta situação, pois a estratégia institucional está centrada em corrigir a forma de continuidade do tratamento, pois isto é uma exigência legal e ética. A Instituição está “embrionária” no aspecto de adesão, porém o objetivo é ter clientes institucionais que tenham adesão na continuidade do tratamento. A visão de acompanhamento é fundamental na política de desenvolvimento institucional.

Na continuidade [do tratamento] a questão da adesão é uma das coisas imensamente importantes. Quer saber como trabalhamos a adesão? Mal. O fato de eu estar dizendo que hoje nós temos um déficit de atendimento aqui significa que estamos atentos. O problema é que algumas instituições nem sabem que isso existe e muito menos sem qualquer movimento gerencial ou de estratégia para consertar isso. (EC3)

Assim, pode-se perceber que esta Instituição está utilizando estratégias de conhecimento nos seus serviços para orientar o desenvolvimento e o gerenciamento do ponto de vista interno da organização, concordando com Maier & Remus (2002). Tais estratégias estão em um movimento contrário às forças do mercado, que não remuneram diretamente o resultado final do serviço, entendimento que condiz com Porter & Teisberg (2007), para os

quais o sistema de saúde privado está estruturado em forma de competição de soma zero pela transferência de custos entre prestador de serviços, planos de saúde e clientes. Esta é a orientação de mercado atual, conforme excerto a seguir:

O plano de saúde não tem uma preocupação e não consegue ter informação sobre o que está acontecendo com o paciente, do ponto de vista de aderência ao tratamento [...] é uma miopia da fonte pagadora. (EC1)

Este movimento de mudança interna está embasado no Modelo Médico Assistencial, o qual prevê que o serviço ocorra nas três fases do atendimento, que são acesso, permanência (intervenção) e continuidade. O ambulatório é o modelo que permite a implementação desta mudança. O ambulatório é um modelo mais propício para atendimentos crônicos, onde ocorre com prevenção secundária de médio e longo prazo. Neste modelo não há remuneração direta pela fonte pagadora.

Ambulatório é um sistema de atendimento que se destina a pessoas que deambulam, portanto ambulatório é um sistema pra pacientes que tem condições de andar, não estão internados, isso não é um modelo hospitalista. É um modelo sistemista, é um sistema de atendimento. (EC3)

O modelo ambulatorial encontra barreiras internas, pois causa resistência à cultura médica acostuada ao modelo hospitalista. Pode-se observar isto nos seguintes excertos:

Os médicos não são formados pra isso [acompanhamento], os médicos são formados pra fazer intervenção. O sistema pagador não está estruturado e organizado pra isso, ele está organizado pra pagar intervenção. Tudo isso tem seu modelo histórico e uma eficácia razoável. Para melhorar isso, precisamos mudar esse conceito. Esse conceito passa fundamentalmente por organizar, em primeiro lugar os médicos, para funcionarem dessa maneira, para poder reeducar os pacientes, e forçar o modelo pagador a encontrar formas de remuneração desse serviço. (EC1)

Ninguém foi educado assim. Nós como médicos fomos educados para internar a Deus e todo mundo [...]. A cultura do atendimento altamente resolutivo acompanhado de ambulatório com resultados: isso nunca fez parte da nossa formação, nós fomos educados para ser um “doutorzão no consultório” [...] e atender preferencialmente paciente de pouquíssima complexidade, [...] qual

compromisso com o resultado? Esse modelo que estamos propondo aqui é um modelo que gera muita antipatia. (EC3)

Essa proposta estratégica institucional condiz com Porter & Teisberg (2007) em que o atendimento deve ser organizado em torno de condições de saúde e coordenado ao longo de todo o ciclo de atendimento, pois prevenir é mais barato que reagir com tratamento agudo. Essa visão também aparece no seguinte trecho:

Se o paciente estiver vinculado a um programa hospitalar que visa a redução de eventos, isso vai ser bom para o paciente, vai ser bom pra Instituição, porque os leitos hospitalares serão reservados para pacientes com eventos novos e vai ser interessante também para a fonte pagadora, porque o custo desse paciente, será menor. Embora que ele tenha que tomar mais remédio, diminui o custo por evitar novos eventos, novas internações, então estaremos fazendo uma medicina que tenha valor em si, uma medicina que, embora seja complexa e aparentemente custosa, ela tem seu valor porque economiza na seqüência dos eventos. [...] [Hoje trabalha-se por] redução de custo, e pode-se negociar no futuro, pois isso não é ainda possível no Brasil, mas pode-se negociar no futuro, um *pay for performance*, pagar por performance, por resultado. Então se nós conseguirmos demonstrar para uma fonte pagadora, que os nossos pacientes que são egressos da Instituição, têm bom ..., boa satisfação, conseguem fazer programas de prevenção adequadamente, então poderá haver um retorno financeiro para a Instituição. Então nós não estamos fazendo isso hoje, estamos hoje montando uma estrutura para que no futuro, isso possa ser desenvolvido no Brasil, como está sendo desenvolvido em alguns lugares nos Estados Unidos. (EC4)

A seguir é apresentado o quadro 19 demonstrando a unidade de contexto e de significação no que se refere à subcategoria orientação de mercado.

Entrevista	Unidade de Contexto	Unidade de Significação
EC1	Resultado Intervenção Ambulatório	O resultado financeiro está diretamente relacionado à fonte pagadora (planos de saúde) que não investem em tratamentos de longo-prazo, pouco controle sobre os resultados com os clientes, tem alta rotatividade dos clientes. A fonte pagadora remunera intervenções emergenciais e/ou agudas de curto-prazo. O ambulatório é um modelo de atendimento mais propício para atendimentos crônicos, onde ocorre com prevenção secundária de médio e longo prazo, neste modelo não há remuneração direta pela fonte pagadora. Assim, a qualidade de atendimento, do ponto de vista de concorrência no mercado pelo resultado direto não funciona.
EC2	Intervenção	A adesão ocorre na continuidade do tratamento e depende da

	Fonte Pagadora Recuperação	confiança que o médico conseguiu transmitir ao paciente. A continuidade do tratamento não é remunerada, mas produz conseqüências. A fonte pagadora tem um modelo simplista, pois remunera somente as intervenções e os médicos são culturalmente voltados para a intervenção.
EC3	Estratégia Continuidade	O modelo tradicional de atendimento é o modelo hospitalista de curto-prazo, onde o médico não possui qualquer compromisso institucional (internação e acompanhamento no consultório). A estratégia institucional está centrada em corrigir a forma de continuidade do tratamento, pois isto é uma exigência legal e ética. A cobrança dos resultados médicos está sendo implementada através da ordem médico-assistencial. A Instituição está “mal” no aspecto de adesão e o objetivo é ter pacientes institucionais que tenham adesão na continuidade do tratamento. A visão de acompanhamento é fundamental na política de desenvolvimento institucional.
EC4	Resultado	Quando o paciente tem adesão o resultado é positivo para a Instituição, para o paciente e para a fonte pagadora, pois diminui o custo por evitar novos eventos. O resultado atual que a adesão produz é por redução de custos, mas no futuro será por <i>pay for performance</i> .
EC5	Educação	A universidade corporativa procura parceiros acadêmicos para consolidar o modelo de acesso, permanência e continuidade do tratamento e é neste último que a adesão ao tratamento ocorre.

Quadro 19: Unidades de contexto e significação para a subcategoria Orientação de Mercado

Fonte: Dados desta pesquisa

4.2.1.3 Subcategoria: Criar Conhecimento

A especialidade, neste caso investigado, a cardiovascular, constrói os protocolos médicos a partir da prática empírica e das melhores práticas cientificamente certificadas e disponíveis no momento (Medicina Baseada em Evidências) que representam as concepções da coletividade acerca do seu papel assistencial (JACQUES, 2007). Assim, a prática clínica, além de representar capacidade resolutive para o cliente, alimenta um banco de dados e promove a renovação e oxigenação dos protocolos. Essa ação fomenta a transferência de conhecimento entre a equipe, que pode ser reunido no banco de dados.

O conhecimento se movimenta na renovação e oxigenação dos processos e protocolos, onde se cria e transfere conhecimento. As pessoas da organização devem ter ações para procurar outro conhecimento, o que significa intercâmbio entre o conhecimento tácito e

explícito em um fluxo crescente através dos níveis individual, grupal e organizacional onde a informação necessária ao trabalho é reunida (ALAVI & LEIDNER, 2001; GONÇALO & LEZANA, 2003). Por exemplo, nesta Instituição, estão se desenrolando os processos de acreditação hospitalar, os quais têm diversas exigências, divididas em três níveis: segurança (requisitos básicos de qualidade prestada ao cliente), organização (processo de documentação, rotinas etc) e práticas de gestão e qualidade (existência de políticas institucionais de melhoria contínua) (ANVISA, 2004).

Segundo o Dr. Sérgio Rufini no Hospital Mãe de Deus, em entrevista concedida à ANVISA (2004), o diagnóstico inicial é uma radiografia do funcionamento da organização. Esta Instituição foi acreditada pela ONA (Organização Nacional de Acreditação) do Ministério da Saúde em 2006. Pode-se observar que há uma preocupação com os processos de acreditação, utilizando-os para fomentar processos de gestão do conhecimento internamente, como os de criar e transferir conhecimento. Isto se verifica através da seguinte fala:

Esses processos de acreditação são os processos que vão nos fazer assumir um compromisso permanente com a renovação dos nossos processos assistenciais e estão finalizados aí todos os investimentos possíveis para que isso aconteça. Acreditação não é um fim, é um meio. É um meio para garantir a renovação e a oxigenação dos nossos processos de assistência. [Renovação e oxigenação] é criar conhecimento e fazer o conhecimento permear a Instituição. A Instituição que não é capaz de gerar nada de conhecimento e ao gerar ela não é capaz de transferir não é uma Instituição é outra coisa. A criação do desenvolvimento desse conceito [criar e transferir conhecimento] dentro de casa está em pleno andamento. O problema é que todas as coisas que envolvem mudança de estrutura demoram pelo menos uma década. (EC3)

Observa-se, no final da fala do entrevistado EC3, que há um impedimento cultural para que o conhecimento possa fluir livremente, o qual exige uma mudança de estrutura centrada no modelo ambulatorial. O Modelo Médico-Assistencial vai contra a cultura institucional, mas está ancorado do ponto de vista legal. Estratégias de conhecimento devem viabilizar alternativas para promover o conhecimento desejado de forma sistêmica (GONÇALO & LEZANA, 2003). Para o caso em estudo, observam-se barreiras de resistências culturais para se chegar a esse patamar de conhecimento, observam-se ainda estratégias para enfrentar tais barreiras. Tais como no seguinte excerto:

Para conseguir uma mudança de cultura é preciso se preparar para trabalhar 12h por dia durante dez anos pra dizer: agora eu tenho resultados; [O principal impedimento cultural] é que ninguém foi educado assim. [...] A cultura do atendimento altamente resolutivo acompanhado de ambulatório com resultados: isso nunca fez parte da nossa formação, [...] esse é um ponto que eu vou corrigir esse ano aqui que é a continuidade do tratamento. Eu tenho um tripé: acesso, permanência e continuidade. (EC3)

Gestão do conhecimento é em longo prazo e traz um compromisso sustentável para a mudança da cultura nas organizações de saúde, tornando-as mais colaborativas, transparentes e pró-ativas, pois quando bem implementada pode transformar os sistemas de saúde das próximas décadas, na mais custo-efetivo e avessa ao erro médico das organizações (GUPTILL, 2005). Um exemplo de prática colaborativa entre as especialidades ocorre no Instituto Vascular, como segue na fala do entrevistado EC4:

O que nós conseguimos de original foi fazer um instituto que tenha uma visão transdisciplinar, não é multidisciplinar e transdisciplinar, então conseguimos ter uma visão em que partimos da condição médica que é a arterosclerose, depois a segunda faixa que colocamos é arterotrombose, que são eventos agudos relacionados a arterosclerose, então ao cérebro, ao coração, ao sistema periférico, e depois, embaixo o Instituto de Medicina Vascular. Nós não fizemos cardiologia, neurologia, colocamos tudo isso dentro de um mesmo processo, o aspecto original que estamos desenvolvendo.

O conhecimento é compreendido em função direta do resultado do cliente, pois é a via de geração das soluções, através de conceitos novos, da convergência e da transferência dos conhecimentos em uma equipe multiprofissional. Esta visão concorda com Bukowitz & Williams (2002) em que o conhecimento criado deve ser devolvido ao sistema para solucionar problemas, no caso, devolvido em forma de solução para o cliente, conforme excerto a seguir:

O cliente quer capacidade resolutiva e no momento que eu desenvolvo medicina, no momento que eu desenvolvo técnicas, no momento que eu coloco o conhecimento como o vetor para identificar mecanismos de solução pra ele, é isso que ele quer. Cliente não olha processo, cliente olha produto, então nós é que temos que, através desses mecanismos, garantir processos que ofereçam produtos com valor. O cliente quer isso, e o que garante esse produto é essa lógica. (EC2)

O tratamento eficiente da informação é importante para que a estratégia de conhecimento ocorra na ação das pessoas (GONÇALO & LEZANA, 2003). Para reunir o conhecimento referente à adesão que beneficie diretamente o cliente, o instituto adota a seguinte sistemática:

Nós hoje detemos já o conhecimento médico em que a adesão a uma “cesta básica” (entre aspas) de procedimentos e medicação, tem impacto na sobrevida, na morbidade e na mortalidade dos pacientes em longo prazo. Por exemplo, se um paciente recebe a intervenção farmacológica A, B, C e D e recebe a intervenção de modificação de estilo de vida, A, B, C e D, a intervenção educacional no caso, e se ele conseguir fazer toda a cesta básica, a resposta em um ano vai ser x, se ele fizer a metade disso, essa resposta vai ser muito menor. Então a medicina conhece isso, como elaboramos esse conhecimento dentro do instituto? Primeiro, por estabelecimento de protocolos assistenciais, segundo, por bancos de dados e (terceiro) com “*follow-up*” que pode ser após a alta. São os três instrumentos. E ainda temos as reuniões científicas onde discutimos nas quartas-feiras as novas tendências no tratamento da doença vascular. (EC4)

Através desta fala observa-se que, com a reunião de diversos conhecimentos, o instituto oferece produtos aos clientes. Os processos de gestão do conhecimento enfocam as pessoas sobre práticas específicas que devem resultar em um produto particular, que servem para reabastecer, aumentar ou condensar a base de ativos do conhecimento conforme observa-se no Instituto (BUKOWITZ & WILLIAMS, 2002).

O banco de dados do instituto tem um importante papel na reunião do conhecimento que tem a função de *feedback*, mensuração e controle da aplicação de protocolos. A meta é o acompanhamento do cliente pós-alta. Reunir conhecimento significa encontrar e capturar a informação e é um dos processos importantes da gestão do conhecimento (BUKOWITZ & WILLIAMS, 2002). Armazenagem e recuperação de conhecimento referem-se ao compartilhamento da memória organizacional no tempo e no espaço (ALAVI & LEIDNER, 2001). No seguinte excerto observa-se que já existem ações internas com relação a esse aspecto, porém com muitas dificuldades:

Nós temos hoje banco de dados, então o *feedback* de um banco de dados é muito importante, então o grande segredo da gestão médica é que nós temos que medir. É uma coisa muito simples, se conseguimos medir, podemos fazer gestão. Se nós não

temos nenhuma mensuração nós não temos gestão. Então, porque estamos desenvolvendo essa plataforma de trabalho? Nós queremos ter seguimento dos nossos pacientes pós-alta. Poucas instituições brasileiras têm isso, então como os pacientes vão para o consultório dos seus médicos, e não estão dentro do instituto, então torna-se mais difícil fazer esse tipo de abordagem, mas com instituto, nós temos capacidade de saber o que acontece com nossos pacientes a longo prazo, quais são os eventos em seis meses, qual é a adesão ao tratamento em seis meses, qual é a adesão ao tratamento em um ano e o que podemos fazer para melhorar essa adesão. (EC4)

Aqui no instituto tem banco de dados de clientes que são atendidos nos consultórios ou outros motivos de vindas aqui (ex. pesquisa), quando surge uma novo estudo buscamos a nosso banco de dados para ver se aqueles clientes estão dentro dos protocolos, dos critérios. Geramos muitos dados para futuras pesquisas. São dados que poderão ser transformados em conhecimento. [...] Esses dados são analisados pelo epidemiologista. (EC6)

A especialidade cardiovascular é pródiga no estudo e divulgação de suas descobertas, fazendo com que haja muita informação disponível. Para Bukowitz & Williams (2002) o conhecimento criado deve ser devolvido ao sistema para solução de problemas, e isto é verificado, através do seguinte excerto de entrevista:

Acho que isso é a incorporação do conhecimento à prática médica, e no final a consequência para o paciente, hoje em dia há menos angiografia, coloca-se menos *stent* revestido, e daqui a pouco vai ter um estudo que diz, olha não é tão ruim assim e volta-se e chega-se a um ponto de equilíbrio. Então do ponto de vista de conhecimento e a cardiologia é muito pródiga para isso, eles estudam muito, estudam grandes grupos, tem muito dinheiro sustentando toda essa produção, ela não é exclusivamente acadêmica, muitos estudos são produzidos em função da necessidade de comercialização de droga. (EC1)

A seguir é apresentado o quadro 20 demonstrando a unidade de contexto e de significação no que se refere à subcategoria criar conhecimento.

Entrevista	Unidade de Contexto	Unidade de Significação
EC1	Especialidade	A especialidade cardiovascular é pródiga no estudo e divulgação de descobertas na sua especialidade. Por isso há muita informação disponível, o que não acontece com outras especialidades.
EC2	Protocolos	Conhecimento é o capital organizacional por excelência, pois é a

	Conhecimento	via de geração de soluções para o cliente, através de conceitos novos, da convergência e da transferência dos conhecimentos em uma equipe multiprofissional. Não há controle sobre como o profissional passa o conhecimento para o cliente, mas sobre os resultados da aplicação dos protocolos e sobre as suas atualizações. Os protocolos são ferramentas da Gestão do conhecimento. Protocolos são práticas clínicas embasadas na Medicina por Evidências, com capacidade resolutiva.
EC3	Barreiras Protocolos Processos	O conhecimento se verifica na renovação e oxigenação dos processos e protocolos, onde se cria e transfere conhecimento. Para que o conhecimento possa fluir livremente há um impedimento cultural que exige uma mudança de estrutura centrada no modelo ambulatorial. O Modelo Médico-Assistencial vai contra a cultura institucional, mas está ancorado do ponto de vista legal.
EC4	Conhecimento Mensurar	No instituto a gestão médica é estruturada sobre um banco de dados que tem a função de feedback, mensuração e controle da aplicação de protocolos. A meta é o acompanhamento do paciente pós-alta. O instituto trabalha como uma plataforma de trabalho com uma estrutura interdisciplinar.
EC5	Buscar	O conhecimento dentro da Instituição está muito segmentado e está muito no indivíduo. Há um grupo de profissionais que busca conhecimento internacional de ponta em congressos internacionais, visitas, etc. EC5
EC6	Reunir	O conhecimento é reunido no IMV através de um banco de dados gerenciado por um epidemiologista, para análise e futuras pesquisas. São informações técnicas dos médicos, dados dos pacientes, histórico das doenças, etc.

Quadro 20: Unidades de contexto e significação para a subcategoria Criar Conhecimento

Fonte: Dados desta pesquisa

4.2.1.4 Subcategoria: Transferir Conhecimento

Transferir conhecimento no contexto da adesão ao tratamento prescrito envolve o âmbito interno organizacional e sua relação com o cliente. Internamente, observam-se duas grandes facetas da transferência de conhecimento. Uma delas é extremamente formalizada, com regras e padrões rígidos, que é a transmissão do conhecimento dos protocolos médicos, os quais orientam condutas técnicas e acabam por dar uma noção de sistematização no complexo ambiente hospitalar. Por outro lado, a transferência de conhecimentos excetuando-se os protocolos, apresenta dificuldades de coleta de dados, armazenamento e informações, o conhecimento permanece com o indivíduo.

Exteriormente à organização, encontra-se o cliente que necessita que lhe sejam transmitidos conhecimentos para que possa manter adesão ao tratamento. Ocorre então um *gap* entre o conhecimento estruturado e a prática observada, pois não se consegue aplicar alguns protocolos referenciados, atendendo-se de forma a retornar à prática tradicional, com exceção de pesquisas auto-financiadas. A seguir é apresentado um esquema representativo das evidências desta subcategoria (figura 13).

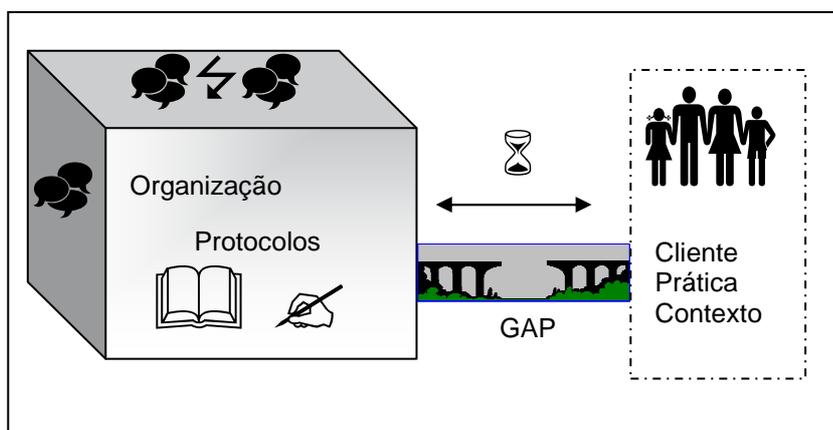


Figura 13: Representação da subcategoria Transferir Conhecimento

Fonte: Dados desta pesquisa

Os protocolos servem como balizadores das atividades, pois armazenam, produzem e aplicam o conhecimento clínico embasado nas mais recentes evidências científicas. Diante de um quadro funcional heterogêneo, os protocolos servem para padronizar condutas, habilidades e atitudes que periodicamente devem ser renovadas, através da prestação de contas à Controladoria Médico-Assistencial. A transferência da parte explícita do conhecimento ocorre através do fluxo de informação entre os níveis individual, grupal e organizacional e a sua aplicação requer a construção de regras, padrões, procedimentos e instruções convertidas em conhecimento explícito (ALAVI & LEIDNER, 2001). O protocolo é conhecimento extremamente formalizado e sistematizado, portanto explícito, tornando mais fácil a tarefa de sua transferência, conforme segue no depoimento dos entrevistados.

Existe uma linha de funcionamento de equipe que prevê alguns protocolos. O protocolo tenta dar uma certa padronização das atitudes terapêuticas e diagnósticas dentro e fora do hospital. Inclusive tenta apresentar isso de uma forma organizada,

na alta, olha as recomendações são essas, apresenta algum elemento informativo, coloca o telefone a disposição, marca reconsulta, tudo isso é uma tentativa de produzir adesão. (EC1)

O que o conhecimento científico dita, e para que coloquemos isso em prática, nós precisamos primeiramente usar as diretrizes de sociedades que regem um problema específico, então através das diretrizes devem ser passadas para o corpo médico e para o corpo de enfermagem. Depois que essas diretrizes são conhecidas, temos que levar isso para a cabeceira do leito, e com isso precisamos fazer uma educação do paciente e finalmente na alta do paciente ter uma alta médica em que exista um contrato entre o médico e o paciente para ver se ele entendeu os procedimentos, etc, etc. Então esse é o caminho que estamos seguindo.(EC4)

Por outro lado, observa-se que a Instituição percebe que há transferência de conhecimento de maneira menos formal e não sistematizada, ou seja, a comunicação ocorre sem regras ou padrões (ALAVI & LEIDNER, 2001). Observa-se nos excertos seguintes:

Eu acho que temos dificuldade mesmo em armazenar informação, coletar dados, armazenar os dados, gerar algum relatório que possa embasar ação de melhoria, acho que a gente faz, mas não de uma forma sistêmica nem ideal. (EC1)

Aqui se trabalha muito em equipe, a pessoa está sendo atendida não tem num médico específico, mas pela equipe, e nessa equipe de são trocadas informações. Cada paciente é visto como a paciente da equipe e não somente do doutor Fulano. Todos os dias é impressa uma lista com todos os pacientes da equipe pela manhã e são trocados conhecimentos informalmente. Pela manhã os médicos organizam-se para a visita aos pacientes com uma característica bem informal, nada formalizado, por exemplo.(EC6)

A transferência de conhecimento envolve os níveis individual, grupal e organizacional (ALAVI & LEIDNER, 2001). Esse aspecto aparece na transferência de conhecimento interna à Instituição, por exemplo, nos excertos:

A maneira com que os serviços médicos foram estruturados e organizados é um fator decisivo [para transferência do conhecimento individual, para o grupal, para o organizacional]. Quando eu coloco um grupo de profissionais, não olhando para o indivíduo em si e sim para o conjunto. Ou seja, eu quero que 10 profissionais da cardiologia pensem uma prática clínica, ou seja, eu vou somar conhecimentos individuais para obter um coletivo. (EC2)

Um ponto forte que vejo dessa equipe é que eles têm forte comunicação entre eles. É como se fosse a passagem de plantão eles estão sempre trocando informações, discutindo casos, eu mesmo já presenciei várias vezes os médicos conversando em um canto da sala o paciente tal está assim ou assado, acho melhor fazermos tal procedimento esse é um ponto fortíssimo que a equipe tem. (EC6)

Observa-se uma preocupação da organização em transferir conhecimentos ao cliente, porém, pelos motivos explicitados nos itens anteriores, existe dificuldade de colocar isso em prática. Há consciência da necessidade de ações para diminuir esse *gap*, tais como no seguinte excerto:

Então vemos que se conseguiu muitas coisas, como as diretrizes, a medicina baseada em evidências, ação das sociedades, difusão disso dentro dos hospitais, mas ainda existe um grande *gap*, uma grande lacuna entre aquilo que se conhece e aquilo que se pratica. Então o nosso objetivo é sempre diminuir esse *gap*. Como se diminui esse *gap*? Primeiro, educação dentro do hospital, segundo, desenvolver dentro do hospital comunicação com o médico de maneira simples, como lembretes para o médico, protocolos de material, são um *kit* de ferramentas para que na hora da intervenção faça aquilo que é mais correto. A atuação multidisciplinar da enfermeira, da nutricionista. Na mesma direção, a educação do paciente, que ele entenda porque ele está recebendo cinco remédios diferentes, para o tratamento de sua doença. [...] Então isso é uma maneira de implantarmos a diretriz. Então basicamente é informar sobre o conhecimento formal, e usar um *kit* de ferramentas dentro do hospital para que a gente diminua essa diferença, e é muito importante a [hora da] alta. (EC4)

A transferência de conhecimento é a base para fortalecer o relacionamento com o cliente (BUCKOWITZ & WILLIAMS, 2002), tais como mostram os seguintes excertos:

Isso é muito dinâmico, o conhecimento está constantemente sendo produzido, renovado, e o conhecimento tem que chegar lá na ponta, no paciente e o veículo disso é o médico, porque se o médico não se instrumentaliza, não se capacita, não é treinado, está deixando de beneficiar o paciente.(EC1)

Inclusive [o protocolo] tenta apresentar isso de uma forma organizada, na alta, olha as recomendações são essas, apresenta algum elemento informativo, coloca o telefone a disposição, marca reconsulta, tudo isso é uma tentativa de produzir adesão. (EC1)

Observa-se assim, que esta Instituição está se esforçando para abrir canais que promovam o fluxo de informações entre elas e os clientes, fazendo com que o relacionamento com o cliente seja em longo prazo (BUCKOWITZ & WILLIAMS, 2002). Sob outro aspecto, pode ser adicionado valor ao serviço através de habilidades de relacionamento entre funcionário e cliente (BOLTON, 1997). As habilidades comunicacionais são fundamentais para engendrar confiança. A comunicação com os clientes é fundamental para o sucesso organizacional a longo-prazo, pois o funcionário de operações de serviço necessita comunicar-se abertamente para compreender as expectativas e percepções do cliente (CORRÊA & CAON, 2002). A Instituição percebe que precisa ações neste sentido, conforme demonstrado nos seguintes excertos:

Falta um sistema que acolha a uma pessoa assim (obeso) e o faça a aderir a um tratamento que é multidisciplinar com assistência do psicólogo, da nutricionista, assistência da pessoa que vai cuidar da hipertensão, do diabetes que vem associado. (EC3)

Desde que tu [médico] recebes [o paciente], tu ter registrado todo o histórico, as condutas de protocolo que tu imprime, como que tu dá informação, das coisas que tu fala, o tipo de atitude que tu tem com o paciente em cada contato, é precioso. E depois como é que tu busca ele, e como é que tu continua dando informação para ele, e muito eu acho que a gente pode falar da relação médico-paciente, como é que o modelo, mas assim, junto com a enfermeira, junto com o técnico se repete muito esse modelo. Assim aquela coisa que eu vou num médico que me convence, de que eu vou ter um ganho e eu consigo praticar, bom eu estou conseguindo que o negócio hoje prevê. (EC5)

A seguir é apresentado o quadro 21 demonstrando a unidade de contexto e de significação no que se refere à subcategoria transferir conhecimento.

Entrevista	Unidade de Contexto	Unidade de Significação
EC1	Protocolos	Os protocolos servem como balizadores das atividades, pois armazenam, produzem e aplicam o conhecimento clínico embasado nas mais recentes evidências científicas. Diante de um quadro funcional heterogêneo, os protocolos servem para padronizar condutas, habilidades e atitudes que periodicamente devem ser renovadas, através da prestação de contas à Controladoria Médico-Assistencial. Conhecimento é o grande ativo desta Instituição, é o que fomenta o

		crescimento, mas apresenta dificuldades de armazenamento e coleta de dados e informações, bem como na geração de relatórios para embasar decisões. A transferência de conhecimento é feita de maneira pouco sistematizada, com poucos registros, ficando mais na cabeça dos trabalhadores do conhecimento.
EC2	Especialidades	Um desafio das especialidades médicas é que possam trabalhar em uma lógica funcional de conjunção. A organização institucional possibilita que as especialidades estruturem-se e compartilhem conhecimento, com a ferramenta do protocolo. Um exemplo é o instituto.
EC3	Paciente Ambulatório	A adesão é produto de um sistema de atendimento voltado ao ambulatório. É prova de assistência qualificada, pois demonstra segurança no tratamento através de um sistema de controle que segue o paciente após a intervenção, não como poucos heroísmos, mas como uma rotina saudável. A adesão é mal trabalhada na Instituição e há consciência deste déficit.
EC4	Transferência Continuidade	A transferência do conhecimento parte do conhecimento científico e das diretrizes ditadas, a partir daí são passadas para o corpo médico, para o corpo de enfermagem e para a cabeceira do leito como educação para o paciente. O profissional utiliza sua experiência para fazer algumas adaptações para o local e recursos, mas não modifica uma diretriz. Há um avanço com algumas conquistas como a medicina baseada em evidências, a ação das sociedades, a difusão do conhecimento dentro dos hospitais, mas há um <i>gap</i> entre o conhecimento e a prática. Não se verifica o resultado da adesão. A continuidade do tratamento é condição para um tratamento seguro, em que ocorre a adesão ao tratamento após a alta hospitalar. Para diminuir o <i>gap</i> entre o que se conhece (ideal) e a prática dos profissionais para que o paciente produza adesão é informar sobre o conhecimento formal, e usar um kit de ferramentas dentro do hospital para que se diminua esse <i>gap</i> .
EC5	Vínculo	O modelo para transferir conhecimento para o paciente é a atitude do profissional que faz o vínculo ou não com o paciente, através do cumprimento, respeito, informações precisas, ou seja, através das formas de conversar com o paciente, bem como formas de comportamento do técnico de enfermagem, do enfermeiro, do nutricionista, etc.
EC6	Transferência	O conhecimento é transferido dentro da equipe do instituto e para os clientes. Dentro do instituto o conhecimento é transferido formal e informalmente. Formalmente há uma reunião interna semanal e uma reunião com outros profissionais envolvidos com a questão vascular da instituição hospitalar. Informalmente, todas as manhãs os médicos analisam todos os pacientes internados e deliberam ações, além de muitas conversas informais diárias e em diversos ambientes. Para o cliente não existe um controle formal do modo como o conhecimento é passado, mas há certa padronização entre os médicos, certa linguagem para conversar com os pacientes e familiares.

Quadro 21: Unidades de contexto e significação para a subcategoria Transferir Conhecimento

Fonte: Dados desta pesquisa

4.2.1.5 Subcategoria: Contexto Capacitante

Há um conjunto de atividades que afetam a capacitação do conhecimento dentro da Instituição. A Controladoria coordena encontros periódicos e multiprofissionais das especialidades, onde é discutida a renovação dos seus protocolos. Há reuniões científicas semanais para a equipe envolvida com eventos vasculares em que participam vários profissionais. Há *rounds* técnicos para discussões de casos em algumas especialidades e as conversas informais são importantes para a criação e transferência de conhecimento.

O processo de capacitação para o conhecimento é o conjunto de atividades organizacionais que afetam de maneira positiva a criação do conhecimento, a qual inclui a facilitação dos relacionamentos e das conversas, bem como o compartilhamento do conhecimento - presente e futuro - em toda a organização (KROGH *et al.*, 2001). Observa-se que a Controladoria acaba tendo um papel de agente de promoção de um contexto capacitante para que o conhecimento seja compartilhado. Observa-se isso no seguinte excerto:

No modelo da Controladoria é previsto que cada serviço promova encontros multiprofissionais, existe um encontro geral promovido pela Controladoria que executa esta prática, isto tem um momento genérico onde tem a participação multiprofissional, evidentemente sempre liderada pela equipe médica, onde tem participação da equipe multiprofissional, e é previsto que cada serviço promova isso internamente. (EC2)

Além desse momento formalizado e exigido institucionalmente, o conhecimento é compartilhado em momentos formais dentro do instituto e nos informais, inclusive, observando-se que há facilitação das conversas. A interação através da troca de idéias e opiniões está na base da capacitação do conhecimento como o lugar do conhecimento tácito (ABREU, SOUZA E GONÇALO, 2007). Isto fica claro no excerto:

Isso acontece através das reuniões dos médicos. São em reuniões semanais que discutem casos, os novos protocolos, então entre eles há comunicação, eles conversam. Aqui se trabalha muito a equipe, a pessoa está sendo atendida não tem num médico específico, mas pela equipe, e nessa equipe de são trocadas informações. (EC6)

As reuniões científicas semanais da equipe da vascular são bastante citadas como exemplo de um momento que fomenta compartilhar conhecimento. Algumas especialidades promovem *rounds* técnicos que podem ser entendidos como servindo ao mesmo propósito. Krogh et al. (2001) entende o contexto capacitante como um espaço físico, virtual ou mental compartilhado que fomente novos relacionamentos, tal contexto é compreendido por Nonaka & Konno (1998) como *ba*. A caracterização que segue condiz com este contexto capacitante:

Existem reuniões em que são discutidos casos, em que participam não somente a equipe cardiovascular, mas tem toda a equipe do hospital que está envolvida com o paciente que tem problema cardiovascular. Por exemplo, participam fisioterapeutas, enfermeiros, mas o objetivo é ser uma reunião semanal da vascular, participam cirurgões vasculares, cardiovascular, neurovascular, a equipe que faz exame de tomografia, de ressonância, todos os que se relacionam com o paciente. Para saber qual o caso será discutido é o doutor Fulano de Tal. Muitos casos são de pacientes internados aqui, mas também eles já que foi trazido casos de fora e também discutindo como está a medicina, se há um estudo novo etc. (EC6)

São modos de compartilhar conhecimento que nós temos, então, por exemplo, as reuniões científicas da quarta-feira, a Controladoria, tem os *rounds* que são reuniões da área assistencial, existe os *rounds* da CTI, que é um momento da semana onde olham todos os casos e analisam na equipe multidisciplinar. Acho que isso é uma forma de compartilhar. Essas reuniões existem há muito tempo, não são de agora em função da Universidade Corporativa. É um procedimento hospitalar, na verdade, existem por áreas, nas CTIs existem sempre. É prática na CTI adulto e Neo é prática, e acho até que os profissionais não conseguem trabalhar se eles não fizerem isso, então também tem isso, vem muito pela imposição de trabalhar com mais qualidade, por uma questão de comunicação.(EC5)

A seguir é apresentado o quadro 22 demonstrando a unidade de contexto e de significação no que se refere à subcategoria contexto capacitante.

Entrevista	Unidade de Contexto	Unidade de Significação
EC1	Contexto	Existe um contexto favorável para transferir conhecimento na Instituição.
EC2	Controladoria	A Controladoria prevê que cada serviço promova encontros multiprofissionais, além de um encontro geral promovido pela Controladoria, contempla a participação multiprofissional, evidentemente sempre liderada pela equipe médica, onde ocorre a participação da equipe multiprofissional, e é previsto que cada serviço promova isso internamente.

EC4	Reuniões	São realizadas reuniões científicas semanais.
EC5	Compartilhar	O conhecimento é internamente compartilhado através de reuniões científicas, atividades da Controladoria e rounds. Falta fóruns de discussão e mesmo explorar mais as narrativas para o desenvolvimento organizacional.
EC6	Conversa	A equipe médica está sempre discutindo e conversando sobre os casos clínicos.

Quadro 22: Unidades de contexto e significação para a subcategoria Contexto Capacitante

Fonte: Dados desta pesquisa

4.2.2 Dimensão Processo

A Unidade de Internação (UI) é alvo da análise da dimensão processo, uma vez que é na UI que acontece o contato mais longo com o cliente.

A dimensão processo foi investigada através de sete entrevistas a seguir caracterizadas, bem como da gravação de três falas-em-interação com clientes (caracterizadas no item 4.2.2.3.2):

Dimensão		Cargo	Função
PROCESSO	1	Supervisora de Enfermagem	Média Gerência Operacional
	2	Enfermeira Executiva	
	3	Enfermeira Assistencial	Operacionais
	4	Técnica de Enfermagem	
	5	Nutricionista da Unidade de Internação	
	6	Cardiologista do IMV	
	7	Epidemiologista IMV	

Quadro 23: Entrevistas da dimensão processo

Fonte: Dados desta pesquisa

Com o objetivo de preservar a identificação direta do autor de cada fala, os entrevistados da dimensão contexto são aqui denominados através das siglas EP1, EP2, EP3, EP4, EP5, EP6 e EP7.

4.2.2.1 Subcategoria: Processo de Construção Social

Pode-se compreender que o processo de construção social da Unidade de Internação (UI), evidencia-se como ilhas de interação e comunicação com poucos aglutinamentos entre si, metaforicamente falando. Observa-se primeiramente, que as interações entre a equipe possuem distintas avaliações pelos membros. Na UI quem centraliza a comunicação entre médicos e o restante da equipe é a enfermeira assistencial, a qual considera que existe uma comunicação ágil e fluida com os médicos.

Já os outros componentes da equipe, não percebem a comunicação com os médicos dessa forma, e as informações apresentam algumas barreiras, ficando evidenciada a dificuldade da troca de conhecimentos e informação entre as disciplinas, permanecendo verticalizada. Por sua vez, a comunicação dentro da equipe da UI apresenta características de fluidez e agilidade. Estas e outras barreiras interferem na comunicação com o cliente, pois o médico alega se aproximar e conhecer o cliente, enquanto que os outros profissionais consideram que sua interação é muito formal, técnica e objetiva. A equipe de atendimento da UI que tem contato direto com o cliente mostra consenso sobre a importância de adequar a comunicação no contato com o cliente, adaptando a linguagem e esclarecendo dúvidas. A representação a seguir mostra um esquema do entendimento das evidências deste estudo (figura 14):

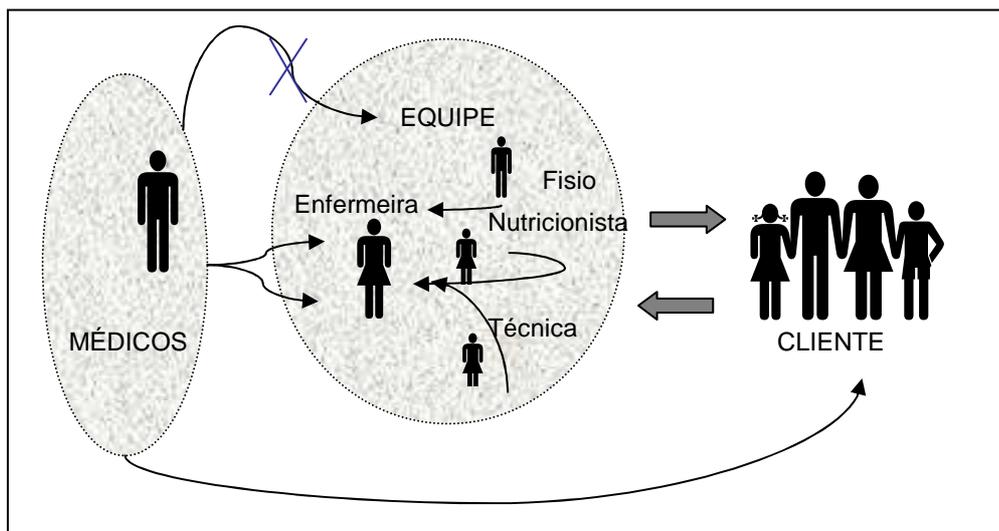


Figura 14: Representação da subcategoria Processo de Construção Social
Fonte: Dados desta pesquisa

A enfermeira centraliza a comunicação entre o médico e a equipe. Esta profissional percebe a comunicação como ágil e fluida por parte dos médicos e da enfermagem, demonstrando estar desempenhando um papel de conversão das informações em relação à comunicação entre os médicos e a equipe da UI. Para Weick (1973), a organização é formada por comportamentos entrelaçados que estão imersos em processos condicionalmente relacionados. Assim, as evidências demonstram que os comportamentos são entrelaçados em forma de centralização, bem como são complexos, devido às muitas variáveis envolvidas, tais como a alta hierarquização do setor da saúde. Eis o relato da enfermeira:

Da minha experiência trabalhando aqui, achei a comunicação com o médico, com a enfermagem até com técnico achei uma coisa muito boa, o médico já vai passando para mim, pra colega a prescrição que ele fez e tudo vai se agilizando. A comunicação é bem fluida, com os médicos do instituto a comunicação é excelente, se vai ser marcado exame os médicos ligam direto pra ti, não ligam no setor. (EP1)

Mesmo assim, a enfermeira percebe dificuldades institucionais na comunicação entre o instituto e a UI. Outra variável que complexifica ainda mais o processo, é que o cliente do instituto permanece mais tempo em contato com a equipe da UI do que, propriamente, com a equipe do Instituto. É na UI onde deve ser realizada a continuação das orientações recebidas na emergência (médico do instituto) e de onde deveria haver uma melhor comunicação. Tais

evidências demonstram que, até mesmo a comunicação entre enfermeira e médicos apresenta dificuldades, como pode ser verificado no seguinte excerto:

O Instituto Vascular está sendo referência, mas o paciente não passa somente pelo instituto ela passa também pela Unidade de Internação, onde precisamos fazer a continuação das orientações que ele recebeu e essa ligação do instituto e da Unidade de Internação ainda é pequena. (EP1)

Weick (1973) entende a relação dos atores humanos envolvidos em uma coletividade, como estando imersos em uma corrente contínua de experiência, que pode ser chamada de interação. Assim, o próprio médico percebe que há dificuldade de comunicação, mas argumenta que são muitas as interações devido ao tamanho do hospital, deposita, por esse motivo, na enfermeira a responsabilidade. Para corroborar o raciocínio, a nutricionista, fazendo parte da equipe, percebe dificuldades nas informações médicas que precisariam estar à disposição da equipe. No ambiente hospitalar, esse entendimento de Weick (1973), mostra-se adequado, pois na visão de cada um dos entrevistados pode-se compreender a complexidade de atividades e responsabilidades que cada profissional possui, bem como as conseqüências de cada uma de suas decisões. Os seguintes excertos ilustram ambas as posições dos profissionais:

Com a equipe da Unidade de Internação há certa dificuldade de comunicação, temos essa dificuldade por não termos um andar para atendimento exclusivo do instituto. Fica complicado todas as enfermeiras de todos os andares estarem alinhadas, até porque desconhecemos o grau de conhecimento de cada uma. Quanto à comunicação com a enfermeira depende muito da enfermeira e menos de nós, médicos. (EP3)

Às vezes a gente nem sabe quando o paciente vai ter alta, a gente acha que o paciente vai ter alta daqui a dois, três dias, chega o médico e diz, esse paciente vai ter alta agora. Acontece muito. [...] Tento não dar todas as informações na hora da alta porque o paciente não vai escutar. (EP2)

A comunicação e interação dentro da equipe de profissionais funciona relativamente bem, considerando-se as três ilhas, metaforicamente indicadas anteriormente: médicos, equipe e clientes. Observando-se a equipe internamente, verifica-se que há boa interação entre os

profissionais, onde é percebida uma grande facilidade de comunicação entre as pessoas. Percebe-se que o local de centralização da comunicação é no posto de atendimento. Segundo observações da pesquisa, o modo como o local está estruturado favorece a interação de todos os profissionais. O balcão de atendimento geral é avançado para o corredor, atrás do qual, encontra-se um amplo espaço onde as pessoas podem circular e onde estão dispostos computadores, armários com os prontuários e uma mesa para reuniões. Este ambiente é freqüentado por médicos, enfermeiros, técnicos, nutricionista, fisioterapeuta, pessoal do laboratório e até pacientes.

É no posto de atendimento onde ocorre a maior parte da comunicação entre a equipe, principalmente na passagem de plantão, onde são realizadas reuniões com todos os profissionais e a situação e evolução (das seis horas do turno dos profissionais) de cada paciente é revista. Percebe-se que esta estrutura ajuda a fomentar a comunicação entre os profissionais. A enfermeira executiva considera que a comunicação tem facilidade de acontecer, mas que ela não é sistematizada, referindo-se ao seu aspecto de informalidade. Mas, não estaria exatamente neste aspecto seu ponto forte? É o que está demonstrado na fala da técnica de enfermagem, bem como no processo de manejo emergencial de dor no peito, citado a seguir:

A gente tá sempre se ajudando. A gente aqui é bem unido, sinceramente, um ajuda o outro, não precisa nem pedir, a gente se olha, já sabe, já vai fazendo, a gente é bem unido mesmo, aqui não tenho do que me queixar. Antes de trabalhar aqui eu não gostava de trabalhar em unidade, eu sempre trabalhei em bloco, em unidade fechada, depois que eu vim pra cá eu não quero mais sair da unidade, a chefia também é muito boa, qualquer coisa que a gente pede pra Fulana [Enfermeira Executiva] ela faz, ajuda, nunca deixou a gente na mão. (EP6)

Se há neste momento um paciente com dor do peito o técnico rapidamente chama o médico hospitalista (que fica na CTI) e a atendente do eletrocardiograma que tem prioridade para esse tipo de atendimento, porque procedimentos ligados à cardiologia são foco do hospital. Esse médico hospitalista começa o atendimento e faz a ligação para o médico assistente depois. Isso diferencia o nosso atendimento. (EP1)

Percebe-se através das falas sobre a equipe que quando os profissionais são questionados sobre a interação da equipe, a descrição comum envolve dois aspectos: a relação

da equipe entre si e a relação com os médicos. Em outras palavras, há os médicos e os outros, tais como metaforizados no entendimento de ilhas. Internamente, a equipe coloca-se em um posicionamento simétrico entre os profissionais não médicos, já o relacionamento com os médicos é apresentado como uma postura assimétrica (ver item 4.2.2.3.2).

O cliente, por sua vez percebe essa compartimentalização através das ações dos profissionais, uma vez que enxerga todo o processo como uma assistência vertical, ou seja, o médico faz interações com o cliente, que podem não ser necessariamente harmônicas com a da enfermeira, ou da nutricionista, uma vez que foi evidenciada certa dificuldade de comunicação desses profissionais com a equipe. Mesmo que o conteúdo técnico passado pelo médico ao cliente seja congruente com o conteúdo da enfermeira, a maneira de comunicar da enfermeira é, normalmente, mais acessível ao cliente. A seguir são mostrados excertos que evidenciam essa compartimentalização:

Eu já vi várias situações, muitas vezes o que eu vejo é a comunicação do médico para os pacientes de uma maneira muito formal e técnica, [...] essa é uma percepção minha, mas quando os médicos viram as costas os pacientes vêm [para a enfermagem] com todos os questionamentos. Acredito que a enfermagem se aproxime mais do paciente, vai onde está o paciente, e ficando olho-no-olho com o paciente ela consegue, passar esse conhecimento e fazer com que a pessoa entenda. (EP4)

O conhecimento [para adesão] ainda é departamentalizado, dependendo da área, eu acho que a área médica trabalha muito na dela, eu acho que a área de enfermagem trabalha muito na dela, tanto que a gente tem uma orientação de enfermagem, que deveria ser uma orientação interdisciplinar. (EP5)

Porém, é preciso atentar que não se trata de vitimizar funções nesta relação, uma vez que cada um deve assumir sua postura. A postura de simetria ou de assimetria entre as diversas disciplinas não depende somente de uma estrutura formatada e histórica de poder, mas depende fundamentalmente das atitudes pessoais frente a isto. A postura a ser tomada está sujeita fundamentalmente aos modelos mentais, aos preconceitos ou a falta deles, a auto-estima, enfim a comportamentos que possam fazer com que não se aceite passivamente esta situação. Este tipo de postura propicia encontrar soluções. Este aspecto fica demonstrado na fala a seguir:

Eu me posiciono dessa forma, se é fisioterapeuta, médico é lado-a-lado. Só que sabemos que alguns médicos não vêem isso como um elo, como uma corrente, vêem como uma pirâmide e alguns enfermeiros também, e eles se sentem a base da pirâmide e aceitam aquela condição e isso acaba fazendo com que eles fiquem em uma posição e falha justamente na troca do conhecimento, pelas posições que eles estão assumindo. [...] Eu acredito que ainda temos algumas barreiras, mas mais barreira individual. (EP4)

O cliente tem a percepção de todas estas interações, por isso o pessoal de contato com o cliente é fundamental para o sucesso ou fracasso do processo. Aos olhos do cliente, o pessoal de atendimento é visto como evidência física da experiência com o serviço, desempenhando um tríplice papel: como especialista operacional, profissional de marketing e parte do próprio produto do serviço (LOVELOCK & WRIGHT, 2001). Por conseguinte, as organizações que envolvem extensos encontros de serviço, tais quais as hospitalares, tendem a ser mais difíceis de gerenciar do que as que não envolvem esses encontros.

Por isso, a responsabilidade dos profissionais em todos os contatos com o cliente é muito grande. A interação envolve mais do que um contato superficial, mas um contato em que o cuidador esteja profundamente interessado na saúde do cliente. Além de aspectos como credibilidade e empatia, a resultante deste contato é a confiança estabelecida com o profissional e com a Instituição, confirmando o papel que Lovelock & Wright (2001) concedem ao pessoal de atendimento, principalmente o de profissional de marketing. No excerto abaixo, esse entendimento fica claro.

Quando tu estás vendendo a informação de saúde para o paciente, tu tens que ter competência, não pode ser uma palavra vazia, tem que ser uma palavra dita de uma forma muito consistente, muito olho no olho e a pessoa tem que acreditar em ti, então pra isso tu tem que acreditar também, então é muito importante que a gente tenha essa credibilidade. O profissional precisa passar isso, senão ninguém vai fazer, acho que é uma questão de empatia, mas também do quanto que eu [cliente] confio naquela pessoa porque ela está me dizendo algo que vai ter que mudar a minha prática de vida, então *eu tenho que acreditar que ela está me dizendo algo verdadeiro e eu tenho que confiar nela*. [...] Se a pessoa disse como uma palavra destituída, vazia, eu tenho certeza que a adesão deve ser nenhuma. (EP5)

A desarmonia entre a equipe e a verticalização das disciplinas são percebidas pelo cliente. Para a enfermagem, a sua interação com o cliente é bem mais acessível do que a dos

médicos. A enfermagem percebe o médico tendo com o cliente uma comunicação mais formal, objetiva e técnica, enquanto que o enfermeiro tem uma linguagem mais acessível, faz um vínculo com o cliente, motivado pela aplicação do Modelo de Cuidado Integral (processo de acompanhamento do paciente aplicado pela enfermeira assistencial) e tem mais chances de o fidelizar ao tratamento e à Instituição. A própria orientação da enfermagem não é horizontalizada entre todos os profissionais:

A gente tem uma orientação de enfermagem [MCI], que deveria ser uma orientação interdisciplinar. (EP5)

O Modelo de Cuidado Integral (MCI) é um método sistemático de organizar o trabalho de enfermagem através da designação de um grupo de pacientes a um enfermeiro, através de um sistema de aplicação do cuidado com o enfermeiro de referência, no qual há o acompanhamento diário do paciente pelo enfermeiro, e após a alta, o enfermeiro telefona para o enfermeiro para mais orientações (HMD, 2004).

Uma das principais conseqüências para a Instituição da aplicação do processo MCI é o forte vínculo formado entre a enfermeira de referência e o cliente. O próprio cliente telefona para a enfermeira com pequenas dúvidas e até em momentos risco de vida. Por exemplo, houve um caso em que o paciente estava infartando em casa e telefonou para a enfermeira. Este é um claro exemplo de alto envolvimento entre fornecedor do serviço e cliente, demonstrando tanto a profundidade da interação quanto que o envolvimento do cliente com a prestação do serviço é intensa e vivenciada através das experiências (LOVELOCK & WRIGHT, 2001, GIANESI & CORRÊA, 1994) como segue:

Teve uma situação que o paciente estava infartando dentro de casa, ele ligou queria falar com a enfermeira [...] e ele estava esperando orientação dela! Tal a ligação que forma e ele estava tendo um ataque cardíaco! Isso por causa de todo o processo que foi feito durante a internação, porque senão ele passa despercebido. (EP4)

Isso mostra o quanto a comunicação é promotora de vínculo com o cliente concordando com Corrêa e Caon (2002) que entendem que, como serviço é a entrega que um

indivíduo faz para outro indivíduo, então as habilidades comunicacionais podem engendrar confiança. Esta visão e entendimento perpassam as ações do pessoal que operacionaliza os processos de prestação de serviços:

O paciente fica encantado porque alguém ligou pra casa dele pra saber dele [...] ele percebe que o hospital não é: eu venho aqui, curo a minha doença, me mandam embora e não querem mais saber de mim. A gente se preocupa com ele em casa também. Eu acho que o nosso paciente da Instituição já enxerga isso como um valor. [...] Fideliza o paciente à Instituição e ao profissional. Ele volta e quer falar com aquela profissional e ela é a referência dele. [...] Aquele [paciente] que não tem o vínculo com o profissional ou com o ambulatório, acredito que se perca mais ele. (EP5)

A comunicação com os clientes é fundamental para o sucesso organizacional em longo prazo, pois o funcionário de operações de serviço necessita comunicar-se abertamente para compreender as expectativas e percepções do cliente, bem como para adequar sua comunicação com ele (CORRÊA & CAON, 2002). Tanto a equipe da UI quanto os médicos compreendem a importância do cuidado na comunicação com o cliente:

Quando o paciente adere [ao tratamento], ele sabe porque está aderindo. Eu [médico] explico para o paciente para que é cada remédio, eu acho que isso funciona bem, isso vai ajudar a esse paciente a ter mais aderência, vai procurar sempre os mesmos médicos, porque sabe que está sendo bem tratado. (EP3)

Acho [o processo de comunicação com o paciente] bem importante porque dependendo do modo que eu falo eu posso tocar ou posso não tocar ele. Eu acho muito importante ter uma linguagem, não uma *linguagem técnica*, acho que tem que ter uma coisa bem acessível para ele. Eu pergunto para ver se o paciente entendeu: o senhor entendeu? O que o senhor entendeu? Por que? (EP2)

Pode-se perceber, através das evidências que os médicos e a equipe da UI estão pretendendo ir além da comunicação formal, preocupados para os detalhes da verdadeira interação. Para Corrêa & Caon (2002), além de transmitir de forma adequada a informação é preciso capturar bem o fluxo de informações emanado pelo cliente, incluindo a comunicação não-verbal (CORRÊA & CAON, 2002). Pode-se esse aspecto através da fala do médico:

Eu sempre quando interno os pacientes procuro saber como é a estrutura, saber se ele é casado, mora, trabalha, está passando por dificuldade, porque não tomou medicação, vai se tendo uma idéia de como é o paciente. Faz-se isso na alta hospitalar, ou no pré-operatório, temos um público variado em termos de nível sócio-econômico. (EP3)

Assim, percebe-se que há um interesse genuíno pelo cliente, pela sua saúde e pelo seu bem-estar, demonstrando que a comunicação e interação no contato com o cliente são importantes aspectos nesse processo de construção social. A seguir, o depoimento da técnica de enfermagem ilustra tal interesse na interação, que com certeza é percebido pelo cliente como um valor:

A gente fica faceiro porque às vezes o paciente chega aqui desacordado, não consegue nem caminhar, daí quando ele sai andando a gente vai tudo pro corredor olhar. (EP6)

A seguir é apresentado o quadro 24 demonstrando a unidade de contexto e de significação no que se refere à subcategoria processo de construção social:

Entrevista	Unidade de Contexto	Unidade de Significação
EP1	Comunicação Médico Paciente	A comunicação é muito boa entre a equipe de profissionais (médico e enfermagem), pois é ágil, fluida, acessível, realizada até por telefone, onde os médicos ligam direto para a enfermeira. Já com relação ao paciente a comunicação dos médicos parece que não é tão clara, porque os pacientes chegam para os procedimentos cirúrgicos com muitas dúvidas que a enfermagem tem que explicar. A enfermeira resolve mais as dúvidas do paciente que o médico. O MCI proporciona que a enfermeira forme vínculo com o paciente.
EP2	Comunicação	A nutricionista considera importante o processo de comunicação com o paciente, pois dependendo do modo e da linguagem, interfere no resultado da adesão. Quanto a comunicação entre a equipe, os rounds técnicos não são mais realizados e a equipe tem dificuldade em saber dos médicos sobre a data da alta dos pacientes.
EP3	Paciente Equipe	A comunicação acontece em reuniões clínicas semanais, mas com a equipe de internação existe dificuldade de comunicação, são muitos andares de internação e muitas enfermeiras. Com o paciente eu procuro saber detalhes da vida dele, para saber como

		ele é. Quando o paciente adere é porque ele sabe porque está aderindo. Acho importante explicar cada remédio, ele vai ter maior aderência ao tratamento e ao médico.
EP4	Paciente Equipe Enfermeiro	Entre a equipe (enfermeiros, médicos, nutricionista, técnicos) existe bom relacionamento entre a equipe, facilitando a comunicação. Porém existem barreiras individuais pela própria diferença de formação que faz com que a informação não chegue ao paciente de forma organizada e sistematizada. O médico tem com o paciente uma comunicação mais formal, objetiva e técnica, enquanto que o enfermeiro tem uma linguagem mais acessível, faz um vínculo com o paciente, motivado pela aplicação do MCI e tem mais chances de se fidelizar ao tratamento e à Instituição.
EP5	Vínculo Interdisciplina- riedade	Para o paciente ter adesão ao tratamento o vínculo com os profissionais é fundamental e isso se dá pelo modo como ocorre a interação. É importante não deixar para passar o conhecimento na hora da alta e envolver a família. A equipe também tem um papel importante para o sucesso da adesão do paciente, pois o processo exige que haja troca interdisciplinar, mas para isso há várias barreiras porque o conhecimento da adesão está departamentalizado e os treinamentos são muito lineares, mas é uma prática da Instituição valorizar regras e normas.
EP6	Contato: Pacientes Colegas	A técnica de enfermagem não responde as questões técnicas que os pacientes fazem, mas encaminha para a enfermeira, ou para o médico. Como os técnicos estão em contato direto com o paciente, percebem suas dúvidas e preocupações e sugerem a enfermeira assistencial a visita de outros profissionais como a nutricionista, a psicóloga. A equipe é considerada unida e muitas conversas no corredor ou no posto de enfermagem resultam em ações para o bem estar do paciente.

Quadro 24: Unidades de contexto e significação para a subcategoria Processo de Construção Social

Fonte: Dados desta pesquisa

4.2.2.2 Subcategoria: Conhecimento Explícito

O conhecimento explícito, referido neste estudo, é àquele conhecimento da área da saúde aplicável para promover adesão do cliente com SCA ao tratamento. Para este estudo o conhecimento explícito analisado não é o conteúdo técnico do conhecimento em si, mas os processos que se desenrolam a partir do contato do cliente com o serviço, que objetivam melhorar sua adesão ao tratamento.

Assim, entende-se que o conhecimento explícito revela-se nos protocolos e processos aplicados nas atividades diárias dos profissionais com os clientes. O conhecimento explícito é objetivo, provém da racionalidade, lida com objetos passados ou “lá e então” e é orientado por

uma teoria independente de contexto (NONAKA & TAKEUCHI, 1997). Os principais processos evidenciados nesse estudo são explicitados abaixo designados através dos respectivos profissionais responsáveis:

- (i) Médicos: observou-se que os profissionais médicos seguem protocolos clínicos no atendimento do cliente com Síndrome Coronariana Aguda, bem como recomendações do instituto.
- (ii) As enfermeiras seguem o Modelo de Cuidado Integral (MCI) para prescrição da enfermagem com orientação pré-alta e pós-alta.
- (iii) A nutricionista faz acompanhamento, orientação nutricional na internação, na alta no pós-alta.
- (iv) A técnica de enfermagem aplica as rotinas dos cuidados integrais do paciente conforme procedimentos operacionais padrão disponibilizados pela Instituição.
- (v) Outros profissionais como o fisioterapeuta e o psicólogo não foram estudados, pois são chamados eventualmente (pelo médico ou pelo enfermeiro) para atendimento aos clientes.

Os procedimentos operacionais, as normas e rotinas são regras em que o conhecimento explícito está baseado. Quanto aos médicos, há normas estabelecidas pelo instituto que são referentes ao atendimento intra-hospitalar multidisciplinar e a elaboração de uma alta hospitalar qualificada (JAEGER *et al.*, 2006). Pode-se compreender, no excerto da entrevista do profissional que a alta hospitalar médica não está sistematizada, conforme sugere JAEGER *et al.*, 2006. O médico percebe ainda que falta tempo de maior contato com o cliente para poder conhecê-lo melhor. A falta de sistematização, não estaria prejudicando a qualificação da alta hospitalar apregoada por Jaeger *et al.* (2006)? No excerto, o entrevistado EP3 fala da sua experiência:

Eu me sento com o paciente e começo a explicar, normalmente o momento que a gente faz isso é na alta hospitalar [...] Como a gente lida aqui? Contato [com o paciente] na emergência, interna o paciente, fica quatro ou cinco dias internado, vai embora [...] Quer dizer, não conheço o paciente suficientemente pra poder medir isso [adesão]. (EP3)

O que se diz atualmente ao paciente na alta hospitalar está embasado no conhecimento individual, cada médico faz mais ou menos do seu jeito, não tem isso lê isso, apresentar esse texto, [...] não existe nada padronizado atualmente. Quando tínhamos o manual, todos os pacientes gostavam, eram orientações sobre o que era a doença, o que eram os remédios, todos os pacientes adoravam. Pena que a gente deixou de fazer por questões financeiras. Mesmo assim era uma coisa diferente que não vi em nenhum lugar. (EP3)

Quanto à enfermagem, o Modelo de Cuidado Integral (MCI) é o processo chave para explicitar conhecimento e serve como momentos de interação formadores do vínculo do cliente com a profissional. Resumidamente, o Modelo de Cuidado Integral refere-se a cinco etapas (HMD, 2004):

- (i) identificação do enfermeiro para o paciente;
- (ii) realização do histórico estruturado do paciente e a prescrição da enfermagem;
- (iii) realização de exame físico, prescrição do enfermeiro, descrição do resultado de testes aplicados pelo enfermeiro no paciente;
- (iv) realização de orientação pós-alta imediata com os pacientes, certificando a orientação pré-alta e confirmando o profissional de referência do paciente (enfermeiro);
- (v) orientação no pós-alta por telefonema.

O MCI é um importante processo da enfermagem que garante a qualidade assistencial, uma vez que percebe o cliente como um indivíduo completo.

No excerto seguinte a enfermeira executiva explica o processo com suas palavras:

A gente conta hoje dentro da Instituição com a parte de orientação médica, onde o médico assistente do paciente vai dar algumas informações, e dentro da parte de enfermagem, com o MCI, Modelo de Cuidado Integral, como ele funciona dentro da Instituição? O paciente interna, [...] ele é admitido por essa enfermeira a qual vai prescrever um plano de cuidado, que é a prescrição da enfermagem, vai fazer acompanhamento diário com ele, fazendo evoluções diárias e a avaliação desse cuidado preparando esse paciente pra alta. A gente fala que o paciente começa a receber orientação de alta um dia após ele estar internado, então no momento da alta é oficializada a orientação da alta, onde é dado por escrito cuidados, identificação de

sinais e sintomas, etc. [...] Esse processo de enfermagem é a garantia de qualidade assistencial. (EP4)

Para Choo (2003) ainda que todas as organizações trabalhem com procedimentos-padrão, *cada uma deve desenvolver seu próprio repertório de rotinas*, baseado em sua experiência e no ambiente específico que ela opera. É o conhecimento explícito verificado na prática. Verificou-se algumas falhas na aplicação do processo como não ser realizado para todos os pacientes e o telefonema após a alta hospitalar não ser sistematicamente realizado. Observa-se na fala da entrevistada EP4:

Não podemos dizer que [ocorre] com todos os pacientes, o MCI, que é o Modelo de Cuidado Integral ele ocorre para todos os pacientes, mas dentro do MCI existem fases. O MCI está formalizado, institucionalizado, está todo escrito, é uma norma da Instituição. A enfermagem trabalha neste modelo. Só que a gente tem a outra parte do processo que é a ligação pós-alta. E nessa ligação pós-alta que a gente faz, as enfermeiras assistenciais retomam o que elas falaram na orientação de alta na ligação pós-alta [...] feita 48 horas pós-alta. A nossa maior falha do MCI que é o modelo de cuidado assistencial está na ligação pós-alta, pois já tivemos a porcentagem de 100% dos pacientes pós-alta com 90% de ligação. Hoje temos um índice muito baixo, [...] essa ligação está um pouco parada, com o consentimento da supervisora, mas ela existe e é institucional. (EP4)

Quanto à nutrição, o processo de orientação nutricional abrange acompanhamento do cliente no início e durante a internação (Orientação nos Anexos I e II), na alta hospitalar e depois da alta é telefonado para o paciente, conforme demonstrado na fala da profissional:

Quando o paciente interna, se ele tem por exemplo, uma dieta pobre em gordura e hipossódica, eu entrego um papelzinho dizendo assim, o que é essa dieta que ele está recebendo, os alimentos que ele deve evitar, e quais são indicados. Na internação eu entrego [as informações], e durante a internação eu vou conversando com ele, no último dia eu entrego o papel escrito para levarem pra casa. [...] Depois de uma semana a gente liga, se o paciente está bem não ligamos mais, ou senão a gente fica ligando. (EP2)

Estão sob os cuidados da técnica de enfermagem as rotinas dos cuidados integrais, tais como banho e medicação. Existem procedimentos operacionais padronizados para cada atividade.

A nutricionista não mantém registro dessas interações com os clientes, mas reconhece isso como uma falha.

Registrada eu não tenho a história do paciente, a gente está pecando por esse lado. [...] A gente faz as coisas e não registra, as coisas acontecem, mas não registra então parece que a gente não faz. (EP2)

Nos processos e procedimentos a questão da mensuração é fundamental. Para Porter & Teisberg (2007) devem-se conceber e coletar medidas dos aspectos relevantes de cada atividade (métodos) da prestação de serviços e da qualidade da coordenação entre as atividades. Em sintonia com essa visão, o instituto contratou um epidemiologista que faz a coleta, análise e divulgação dos dados referentes à clínica, no que tange aos atendimentos na emergência, aos atendimentos nos consultórios do instituto, aos dados da pesquisa. O profissional constrói, ainda, indicadores que avaliam o desempenho qualitativo do atendimento no hospital e os agrega com os dados de epidemiologia do hospital.

A seguir é apresentado o quadro 25 demonstrando a unidade de contexto e de significação no que se refere à subcategoria conhecimento explícito:

Entrevista	Unidade de Contexto	Unidade de Significação
EP1	MCI	O processo que gerencia o contato da enfermeira com o paciente é o MCI, o qual contém passos estruturados que fazem diferença para o paciente. No MCI há controle sistematizado de acompanhamento do trabalho da enfermeira de referência nos seus contatos com o paciente, o qual finda 72 hs após a alta do paciente. Não existe um modelo específico para SCA, e faltam treinamentos para os técnicos sobre essa patologia.
EP2	Orientação nutricional	A orientação da nutricionista, além de espontânea da profissional é solicitada pelo médico, pela enfermeira e/ou pelo próprio paciente. A orientação nutricional vai desde a internação, alta e telefonema para o paciente depois de uma semana. Existem protocolos nutricionais para algumas patologias, mas a maioria está sendo organizada em função do processo de acreditação, o qual exige uma equipe integrada. Atualmente o conhecimento chega para o paciente de forma compartimentada.
EP3	Médico	O conhecimento que o paciente precisa para ter adesão são os médicos que passam. Tínhamos um material informativo que era

		entregue para o paciente na alta, mas não está mais sendo utilizado por questões financeiras.
EP4	MCI	Um dos processos que é aplicado na Instituição pela enfermagem é o Modelo de Cuidado Integral (MCI), o qual objetiva acompanhar o paciente na sua internação e no pós-alta, fornecendo explicações, orientações anotadas, ligação telefônica para o paciente 48 hs após a alta. Esse processo é garantia de qualidade assistencial e é importante para o paciente, mas não está sendo integralmente aplicado. Quando não ocorre o MCI, o enfermeiro e o médico passam conhecimentos explícitos de suas <i>expertises</i> para o cliente, mas não de forma sistematizada e institucionalizada. Tentou-se formalizar os <i>rounds</i> técnicos (para compartilhar conhecimento interdisciplinar), mas houve muitas dificuldades de implantação, tais como dificuldades técnicas, grupais e pessoais. A Instituição está investindo bastante em treinamentos para toda a equipe.
EP5	Interdisciplinaridade	O conhecimento está organizado de forma vertical, departamentalizado. O MCI também não está estruturado de forma interdisciplinar. Este processo está com dificuldade de ser aplicado, os treinamentos são departamentalizados e lineares, cada área tem o seu. Assim, o conhecimento está dividido em feudos. Para a adesão é importante que haja interdisciplinaridade.
EP6	Rotinas	Os técnicos de enfermagem fazem os cuidados integrais com os pacientes, por exemplo, banho, as rotinas estão descritas em procedimentos operacionais padrão.
EP7	Indicadores	No controle de indicadores, o epidemiologista verifica se o protocolo foi aplicado pelos médicos do instituto, bem como alimenta o banco de dados: coleta, analisa e divulga os dados. Hoje não se consegue medir a adesão por não estar ocorrendo um acompanhamento longitudinal com pacientes.

Quadro 25: Unidades de contexto e significação para a subcategoria conhecimento explícito

Fonte: Dados desta pesquisa

4.2.2.3 Subcategoria: Expressão do Conhecimento Tácito na Atividade

Para a subcategoria Conhecimento Tácito, as evidências são apresentadas em duas seções, uma vez que além das técnicas de entrevistas semi-estruturadas e de observações, foi utilizado a metodologia da Análise da Conversa para analisar falas-em-interação dos profissionais no relacionamento direto com clientes. O objetivo é iluminar evidências dos aspectos tácitos envolvidos na comunicação e na ação entre tais profissionais e seus clientes.

4.2.2.3.1 Entrevistas e Observações

O conhecimento tácito permeia a prática da UI revelando-se na informalidade da comunicação, onde é possível que pessoas se compreendam inclusive através da troca de olhares. Há evidências que os profissionais utilizam o modo subjetivo de realizar tarefas e de entender os acontecimentos, bem como usam várias habilidades para atingir aos objetivos de seu trabalho. As rotinas tornaram-se automáticas para o pessoal da operacionalização, assim o conhecimento tácito está presente no trabalho diário da UI.

O conhecimento tácito é difícil de verbalizar, pois é expresso nas habilidades baseadas na ação, não podendo se reduzir a regras e receitas, portanto não codificado, aprendido a partir da experiência e execução de uma tarefa (CHOO, 2003). Para os técnicos de enfermagem, as rotinas tornaram-se automáticas depois de muitas repetições da mesma tarefa. Nonaka & Takeuchi (1997) denominam de internalização esta etapa do processo de conversão do conhecimento. Na internalização ocorre a conversão do conhecimento explícito em conhecimento tácito. Requer que o indivíduo identifique-se com conhecimentos relevantes para si. É o aprender fazendo, o conhecimento explicitado deve ser incorporado na ação prática. Isto está representado na fala da técnica de enfermagem:

Já é automático, tem no livro que banho é assim, assim, tem todos os passos, mas a gente nem lê isso, porque a gente já sabe, já é um negócio automático da gente, mas quando a gente não sabe alguma coisa vai lá e olha no livro. Tem o livro que explica. (EP6)

Na falta de um treinamento ou procedimento formalizado, tal como no manejo específico de clientes com síndrome coronariana aguda, o aprendizado dos técnicos foi adquirido através da vivência prática, convertendo-se em conhecimento tácito. Nonaka & Takeuchi (1997) denominam essa etapa de conversão do conhecimento de socialização. Na socialização, o conhecimento tácito é compartilhado através da proximidade física e da observação.

Não, [treinamento] específico pra isso [síndrome coronariana] não, a gente tem assim mais da vivência, como tem bastante paciente cardíaco nesse andar a gente já sabe mais ou menos como é que é pra lidar com eles. (EP6)

Existe muita informalidade na comunicação entre os médicos e enfermeiras, através de telefonemas e no corredor. As informações passadas informalmente são registradas no prontuário pelo médico ou pela enfermeira. Isso proporciona agilidade aos trabalhos antes da chegada do médico. Através de observações, verificou-se que grande parte da operacionalização sob a responsabilidade da enfermagem, é passada de forma verbal pelos médicos. As falas e as conversas mostram-se importantes para a transmissão de mensagens e conhecimento, pois são oportunidades de interação informal (ORZANO *et al.*, 2007). O conhecimento é quase sempre compartilhado tacitamente por membros de grupos sociais, através de práticas e relações que emergem do trabalho (CHOO, 2003). Tal evidência é demonstrada na fala da enfermeira, a seguir:

A comunicação entre médicos e enfermeiras acontece mais de maneira informal, no telefonema, no corredor, para depois ser passado para o prontuário. Isso é evoluído [escrito] no prontuário do paciente como 'recebo a informação verbal do Dr. Fulano', para ir agilizando antes da chegada do médico. (EP1)

A interação com clientes promove conhecimento tácito também para o médico, que vê no contato com ele um sentido de realidade da aplicação dos protocolos e diretrizes. Para Weick (1995) a experiência vivida pode sombrear os sentidos dados a todas as experiências subsequentes do ator; disponível para ser reconstituída e reorganizada. É possível observar que a experiência anterior do médico no contato com clientes, promove sentido para ele:

Então, quando eu passo um receituário que tem 10 medicações, a impressão que eu tenho é que aquilo ali nada vai acontecer. A aderência não sendo grande, o paciente não se beneficia, não tem diminuição de mortalidade, não tem outros benefícios também. (EP3)

O conhecimento tácito provém da experiência, criado "aqui e agora" em contexto específico e na prática (NONAKA & TAKEUCHI, 1997). Observa-se que a experiência dos profissionais é valorizada, pois através dela, conseguem ilustrar situações para outros clientes,

para melhor motivá-los a ter adesão ao tratamento. O conhecimento tácito é difícil de aprender, mas regularmente transmitido por imitação, identificação e exemplo(CHOO, 2003).

Eu exemplifico para o paciente, eu não fico só na teoria sabe, na realidade eu não falo nada de forma técnica pra ele, na realidade isso ele não precisa saber. Eu tento passar e exemplifico com outros pacientes que tive. Outra coisa que faço eu oriento o modo de preparo de comida, como preparar receitas, paciente me pede receitas eu dou receitas, então eu passo o que aprendi ao longo do tempo que estou aqui no hospital. (EP2)

Eu posso dizer por mim, eu acredito muito nessa troca [de experiências], eu acho que o paciente assimila mais, entendendo que pessoas como ele já passaram por isso, então eu gosto de fazer isso, na minha intervenção eu passo experiências de outros pacientes, por exemplo, atendi um paciente que estava assim, daí fizemos isso, fizemos aquilo, e eu acho que isso motiva e sensibiliza o paciente para aderir ao tratamento.(EP4)

Além das ilustrações de casos, o profissional precisa passar credibilidade através de sua postura de empatia, olho no olho, seriedade, bem como trabalhar de forma interdisciplinar, o que vai exigir dos profissionais várias habilidades. O conhecimento tácito é difícil de verbalizar, porque é expresso nas habilidades baseadas na ação, não podendo se reduzir a uma receita, portanto não codificado (CHOO, 2003). A fala da enfermeira reflete esse entendimento, pois como é possível fazer um processo explícito para usar ‘empatia’ e ‘olho no olho’?

A postura do profissional [na hora de passar conhecimentos para o paciente], a maneira como ele coloca, a seriedade com que ele coloca, a preocupação genuína com que ele coloca, de fato, se preocupando com aquele paciente e demonstrando isso, [...] a atitude do profissional é fundamental. [...] Tem que ser uma palavra dita de uma forma muito consistente, muito olho no olho e a pessoa tem que acreditar em ti, então pra isso tu tem que acreditar também, então é muito importante que a gente tenha essa credibilidade, o profissional precisa passar isso, senão ninguém vai fazer, acho que é uma questão de empatia. [...] O conteúdo é importante, pega-se um livro, se pesquisa, agora ‘como’ eu vou passar isso é fundamental. (EP5)

Aspectos subjetivos ajudam a equipe no entendimento dos clientes na falta de indicadores mais precisos. Para Nonaka & Takeuchi (1997) o conhecimento tácito é subjetivo.

No processo da enfermagem, o enfermeiro liga para o paciente depois da alta e vê o que ele entendeu, o que não entendeu, o que ficou dúvida, na tentativa de buscar como está a adesão dele, mas não assim tão medida, mas mais sentida, e é nisso que eu coloco que a gente precisa melhorar métodos, a gente tem que quantificar isso de uma forma mais sistematizada (EP5)

Tudo o que a organização conhece tem sua origem no conhecimento tácito, para Choo (2003) nas situações complexas, o conhecimento tácito não é convincente, pois são situações marcadas por alto nível de incerteza. O contexto hospitalar é marcado por altos níveis de incerteza, por isso precisa de maior formalização e explicitação de processos. Talvez por esse motivo, a Medicina Baseada em Evidências esteja embasada em protocolos clínicos, com alto grau de formalidade e conhecimento explícito. Porém o conhecimento tácito é vital para a organização porque a inovação e renovação são estimuladas a partir do conhecimento tácito de seus membros (*ibidem*, 2003).

A seguir é apresentado o quadro 26 demonstrando a unidade de contexto e de significação no que se refere à subcategoria conhecimento tácito.

Entrevista	Unidade de Contexto	Unidade de Significação
EP1	Informalidade	Existe muita informalidade na comunicação entre os médicos e enfermeiras, através de telefonemas e no corredor. O resultado dessas conversas é registrado no prontuário mais tarde. Isso agiliza os trabalhos antes da chegada do médico. As dúvidas que os técnicos de enfermagem têm são tiradas informalmente com a enfermeira e o médico.
EP2	Conversa	Quando a nutricionista vai conversar com o paciente, ela não se limita ao modelo escrito e ilustra a explicação com casos de outros pacientes.
EP3	Contato	O contato direto com o paciente é valorizado porque dá um sentido de realidade para o tratamento, onde é possível adequá-lo, mas os resultados da adesão são tão baixos que a impressão que fica para o médico é de que ela não acontece. O conhecimento passado para o paciente na hora da alta hospitalar é o conhecimento individual, cada médico faz mais ou menos do seu jeito.
EP4	Experiência	A experiência do profissional é importante para motivar pacientes a ter adesão ao tratamento, por exemplo, ilustrar através de exemplos de outros pacientes. Observa-se uma não valorização do conhecimento implícito, pois alguns enfermeiros sentem-se

		desvalorizados com outros profissionais, acham que não tem nada para contribuir com sua experiência e tem receio de perguntar.
EP5	Postura	Para que o paciente tenha adesão, o profissional precisa passar credibilidade através de sua postura de empatia, olho no olho, seriedade, bem como trabalhar de forma interdisciplinar, o que vai exigir dos profissionais várias habilidades. Aspectos subjetivos ajudam no entendimento da equipe na falta de indicadores mais precisos.
EP6	Vivência	As rotinas tornaram-se automáticas para os técnicos de enfermagem. A equipe se entende através do olhar, e as observações que podem favorecer aos pacientes são passadas para a enfermeira assistencial. O aprendizado do manejo dos pacientes cardíacos foi adquirido através da vivência, pois não há treinamento específico para esta patologia.

Quadro 26: Unidades de contexto e significação para a subcategoria conhecimento tácito

Fonte: Dados desta pesquisa

4.2.2.3.2 Fala-em-Interação

A fala-em-interação é utilizada neste estudo como uma técnica para verificação de aspectos e conhecimento tácitos e latentes na produção e interpretação da fala em seqüências organizadas de interação, ou seja, revela o tácito pelos procedimentos organizados informados através da produção da conversa ocorrida naturalmente (HUTCHBY & WOUFFITT, 1998).

No item anterior, verificaram-se as percepções dos entrevistados quanto a subcategoria Expressão do Conhecimento Tácito na Atividade. Para ir além da percepção do entrevistado, ou seja, para o entendimento do processo na ação através da prática, decidiu-se por utilizar a metodologia da Análise da Conversa (AC). Para a AC, não basta a intuição em saber qual o comportamento mais adequado para cada contexto social, é preciso relatar o significado público que os participantes demonstram para os outros, sua orientação para o contexto e seu entendimento da relevância do *setting* institucional de cada ação do outro (HUTCHBY & WOUFFITT, 1998).

Para este estudo serão analisados excertos que fazem parte de diálogos autênticos gravados e transcritos entre os profissionais e clientes e familiares, durante a orientação para o período pós-alta. As falas-em-interação foram gravadas na Unidade de Internação (UI) do hospital da unidade de análise deste estudo, quando os clientes estavam ainda internados, por

síndrome coronariana aguda. Os clientes aceitaram participar da pesquisa e assinaram livremente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 3).

Excertos das três falas-em-interação gravadas dos profissionais com clientes com síndrome coronariana aguda (quadro 27) são analisados de forma microetnográfica.

Data da interação	Profissional	Duração da interação (minutos)	Quantidade de excertos analisados
12/12/2007	Cardiologista do IMV com cliente	06:21	3
28/01/2008	Enfermeira Assistencial com cliente	13:02	4
28/01/2008	Nutricionista com cliente	19:18	3

Quadro 27: Discriminação das falas-em-interação gravadas

Fonte: Dados desta pesquisa

Para este estudo são analisados 10 excertos, ou seja, 10 fragmentos de gravação das três interações supra-citadas. Considera-se que esta quantidade de excertos analisados são o suficiente, uma vez que, além do processo de serem ouvidas exaustivamente, as gravações foram transcritas e analisadas em detalhes. Em outros trabalhos de dissertações que versam exclusivamente sobre o assunto da Análise da Conversa foram analisados 20 excertos (SEGER, 2007) e 12 excertos (SELL, 2007).

A seguir são apresentados os excertos e respectiva análise que subsidiam este item do estudo. A orientação 1 ocorreu entre a enfermeira assistencial e a cliente, aqui denominada Vera, com 76 anos de idade, que sofreu uma cirurgia de revascularização do miocárdio, também chamada de ponte de safena. A orientação 2 ocorreu entre o médico, o cliente aqui denominado João e seus familiares, o qual passou por um infarte e a orientação 3 ocorreu entre a nutricionista e a mesma paciente da orientação 1. Todos os nomes de pessoas, locais e remédios foram trocados para proteger a identidade e outras informações sigilosas. As regras de transcrição das interações aqui apresentadas encontram-se no item 3.2.8.2.

Excerto 1 (Orientação 1)

- ((Rita está sentada ao lado do leito de Vera e fica de mãos dadas com ela)).
- 12 Vera: não podia me mexe:r e a perna não podia mexer.
- 13 Rita: mhm::
- 14 Vera: aqui parecia que fazia assim ó ((faz gestos com as mãos))
- 15 Rita: tava rasga:ndo a pele, pare[cia]
- 16 Vera: → [is]so, aí ele me deu [uns comprimido]
- 17 Rita: [ele lhe deu re]médio, mhm::
- 18 Vera: ai depois clareou o dia, aquela dor, aquela dor, ai veio o massagista aqui:. me
- 19 fez uma massagem lá na minha perna. **por que será que me dói tanto?**
- 20 Rita: fez a fisioterapia?
- 21 Vera: ih, eu fiz um po::qui:nho
- 22 Rita: sim, fez o que conseguiu agüentar por causa da dor
(...)
- 34: Rita: e me conte como é que ta a perna? a perna que dói é a perna da cirurgia?
- 35: Vera: a:h é::: essa aqui não dói nada. me dói [tudo isso aqui]
- 36 Rita: [ta deixa eu olhar:]
- 37 Vera: → [me dói me]
- 38 Rita: [mhm::]
- 39 Vera: dói me dói me dói
- 40 Rita: ta. a perna dói na verdade por causa do co::rte viu dona Vera
- 41 Vera: eu acho que é né. porque essa aqui não me dói nada
- 42 Rita: sim, i::sso, como é um corte bem grandinho porque a senhora entendeu né: que
- 43 tiraram daqui:: e colocaram ali no coração né:
- 44 Vera: e o que que eles não puseram nada aí ((na perna))
- 45 Rita: nã::o, @@ não substituiu
- 46 Vera: ih:
- 47 Rita: a ma- a mais importante foi substituída que é lá no coração. essa aqui não vai
- 48 fazer falta. não se preo[cupe]
- 49 Vera: → [@@]
- 50 Rita: não [tem problema]
- 51 Vera: → [acho que é por isso] que dói ouviste
- 52 Rita: não. dói sim, dói porque tem muito nervi::nho em volta
- 53 Vera: m:::
- 54 Rita: a musculatu::ra, o sangue, os nervos, tudo dó:i por causa que foi feito um corte.
- 55 então até cicatrizar bem. vai doer um pouquinho, mas por isso que quando a
- 56 senhora for embo:ra, o doutor vai deixar to::do umas medicações tanto pro
- 57 coração:

Pode-se entender que a enfermeira procura inicialmente compreender a cliente e faz isso por meio das formulações nas linhas 15 e 22. O objetivo da formulação é compreender o que ambos os interagentes estavam fazendo em conjunto, bem como demonstram à cliente que suas palavras estão sendo ouvidas (ANTAKI, BARNES & LEUDAR, 2005), ou seja, neste caso, podem estar servindo para que a enfermeira faça um vínculo com a cliente através da demonstração de seu interesse.

Para Drew (2003), o significado do que é dito pode ser descrito ou formulado de diferentes maneiras, assim os participantes podem esclarecer sobre o que estão falando e construir um sentido explícito do que foi dito. Na linha 15 a enfermeira faz a formulação de um gesto da cliente, propiciando que aspectos tácitos demonstrados gestualmente pudessem ser explicitados através de uma formulação. Como a formulação ocorre em pares adjacentes conversacionais (linhas 15 e 16), há a preferência para concordar na segunda parte do par adjacente (linha 16), através da expressão ‘isso’ uma vez que depois de uma formulação o outro deve reconhecê-la e ratificá-la (HERITAGE & WATSON, 1979 *apud* ANTAKI, BARNES & LEUDAR, 2005).

Outro aspecto que denota que esta formulação da linha 15 fora importante para essa interação entre enfermeira e cliente, é que a concordância (linha 16) com a formulação da linha 15 ocorreu em *overlap*. Conforme Hutchby & Wooffitt (1998) *overlap* é caracterizado como uma sobreposição da fala entre os interagentes, pois através de sua marcação, importantes pontos do gerenciamento da conversação podem ser revelados. Na linha 16, esse *overlap* parece estar indicando que a cliente orientou-se para a possibilidade de lugar de transição relevante na troca de turno da enfermeira, indicando que concordava com sua formulação. Para Hutchby & Wooffitt (1998), o próximo falante toma seu lugar no turno da fala, pois o primeiro orientou-se para a finalização de seu turno. Essas são regras normativas usadas pelos falantes para ordinariamente trocar de turno e representam restrição aos participantes. Apesar dessas regras não serem conhecidas em nenhum sentido discursivo, ou seja, não estão explicitadas, são reproduzidos em cada ocasião concreta de troca de turnos (HUTCHBY & WOUFFITT, 1998). Assim, o *overlap* da linha 16 foi importante demonstração que a formulação serviu como vínculo entre as interagentes, conforme demonstrado nas falas seguintes das falantes. Deve-se observar que a postura física da enfermeira e da cliente propiciou esse vínculo, uma vez que ambas permaneceram boa parte da interação de mãos dadas.

Para a pergunta da linha 19 ‘por que será que me dói tanto?’ a enfermeira necessita fazer uma inserção de outras seqüências de pares adjacentes na linha 20, para retomar a resposta somente na linha 40. Na linha 34 a questão é retomada e exige um exame visual da enfermeira (linha 36). Isto ocorre porque a questão da linha 19 produz uma seqüência de inserções, pois produzem informações relevantes para a produção de sua resposta

(HUTCHBY & WOUFFITT, 1998). A complexidade da questão produz várias explicações sobre o procedimento cirúrgico realizado pela cliente (linhas 42,43, 47, 48, 52 e 54 a 57).

Portanto, pode-se verificar, através da ação interacional deste excerto, que a evidência de que as enfermeiras fazem um papel de clarificar os questionamentos que não foram aclarados pelos médicos ocorre na ação, conforme mencionada na subcategoria Processo de Construção Social. Este é um forte indício da compartimentalização dos saberes que ocorre entre os diferentes profissionais dentro da UI.

Excerto 2 (Orientação 1)

- 60 Vera: ainda vou continuar tomando pro coração?
 61 Rita: ah sim isso que a gente tem que conversar. porque. fez a ci[rurgia]
 62 Vera: → [eu pensei] olha eu
 63 tomava não sei quantos eu pensei que agora ia:
 64 Rita: não, mas com certeza, vai diminuir bastante o nú:mero. de remédios. ma:s pra
 65 manter o que eles conserta:ram: tem que continuar toma::ndo, então não po:de
 66 deixar de tomar. então ele vai vi::m vai lhe explicá:: quais os remédios e os
 67 horá:rios que é pra tomar a senhora [tem que obedecer direiti:nho]
 68 Vera: → [sabe o que eu acho?] Eu acho
 69 que o meu organismo ta só a remédio. não @ acha?
 70 Rita: não. é que foram bastante. claro. antes da senhora fazer a cirurgia tomava um
 71 grande número de remédios, agora não tem como também abandonar, porque a
 72 se senhora abandonar e não tomar nenhu:m daí a cirurgia não vai ter adiantado
 73 de na:da. Nós temos que mantê:: o que eles fizeram na cirurgia
 74 Vera: ta certo, [ta certo]
 75 Rita: [pro cora]ção continuar funcionando bem: a circulação ficar boa lá
 76 den:tro, ele bater ó: bunitinho
 77 Vera: esse coraçãozinho ta custando bate de novo. não sei eu disse pros meus filhos,
 78 pro meu marido, pra que que foram arrumar o coração deixa:sse, já tava- já
 79 trabalhou o suficiente, que que vocês querem com mais coração?
 80 Rita: não:
 81 Vera: dá pra gente mais jo:vem não acha?
 82 Rita: não: mas enquanto ele estiver funcionando. as vezes ele dá uma desgastada.
 83 mas en[quanto ele não pará de funciona:]
 84 Vera: → [e se ele dá essa desgast]tada dizer tchau:
 85 Rita: @@@
 86 Vera: é:: porque aí
 86 Rita: m::
 87 Vera: eu já fiz o que tinha que fazer, já criei os filhos, já eduquei. já tudo cada um
 88 tem a sua famí:lia o que que eles querem comigo?
 89 Rita: não, mas nã- a gente também não precisa antecipar as coisas não é dona Vera?
 90 Vera: ah: mas também ta dando gasto pra eles porque tem que viver. não brinca.

91 Rita: então ta. deixa eu só pra conversar direitinho assim ó. ((continua explicando para a cliente sobre seu estado físico))

No excerto 2 aparecem questões valiosas do ponto de vista da legitimação do poder médico, bem como da importância da enfermagem ouvir o cliente. Na linha 67 ao referir-se às medicações que o médico receitará na alta hospitalar, a enfermeira coloca que a cliente ‘tem que obedecer direitinho’. Essa frase encerra questões de legitimação do poder médico importantes. Peräkylä (2006) mostra que estudos sobre o relacionamento entre médicos e pacientes abordam duas maneiras de pensar sobre tais relações.

A primeira enfatiza a autoridade do médico, onde esse detém o conhecimento e o paciente não [representada por autores como Parsons (1951), Freidson (1970b) e Abbott (1988)]. Conforme Peräkylä (2006), sob este ponto de vista, os médicos possuem conhecimentos técnicos e científicos que lhes possibilitam diagnosticar doenças e a sociedade os autoriza com a licença para decidir sobre a medicação e o repouso prescrito ao doente e para realizar cirurgias e outros procedimentos terapêuticos. A segunda maneira sustenta que tanto o paciente como o médico têm idéias sobre a natureza, a origem e possíveis tratamentos para a doença do paciente [defendida por autores como Helkman (1992), Pendleton (1983), Kleinman (1980) entre outros].

Entende-se que a enfermeira compreende o médico sob o primeiro ponto de vista, ou seja, enfatiza a autoridade do médico, uma vez que lhe confere poder, na fala da linha 67. A cliente, como segunda parte do par adjacente, reage através de uma pré-seqüência, mostrando resistência às possíveis indicações medicamentosas mencionadas. Pode-se compreender como uma resistência à adesão ao tratamento. Astutamente a enfermeira orienta-se, então para a produção de grande quantidade de fala (linhas 70 a 73) para negociar tacitamente o tratamento e poder barganhar a resistência à adesão. Sob a perspectiva da inteligibilidade do paciente e sua participação no diagnóstico (PERÄKYLÄ, 2006), o médico, neste caso a enfermeira, faz a mediação entre diferentes orientações cognitivas e valores, negociando ativamente com a cliente como uma aliada terapêutica sobre o tratamento e resultados esperados (KLEINMAN, EISENBERG e GOOD, 1978). Tais negociações de modelos explanatórios dependem de onde discrepâncias durante a negociação podem conduzir e se elas afetam o cuidado. Assim, o processo de negociação pode ser simples, mas importante passo para conquistar a confiança

do paciente, prevenindo maiores discrepâncias na avaliação dos resultados terapêuticos, promovendo adesão e reduzindo a insatisfação do paciente (KLEINMAN *et al.*, 1978).

A negociação fora tão proveitosa na linha 77 que a cliente mostra o real sentido da sua resistência. Para Hutchby & Wooffitt (1998), a linguagem é funcional e construtiva, ou seja, é um meio que as pessoas usam para realizar a comunicação de pontos específicos como um veículo através do qual o sentido do mundo é ativamente construído. Nesse excerto, fica clara a importância do sentido que o cliente dá para a sua experiência. Para Weick (1973) o sentido de uma experiência vivida passa por modificações, e estas dependem do tipo específico de atenção que o ego dá a essa experiência vivida, ou seja, para o autor, a atitude existente no aqui e agora determinará o tipo de atenção sobre o passado. Para a cliente, o sentido que está sendo dado para a experiência de seu evento vascular agudo, está representado na fala das linhas 77 a 79. A enfermeira não concorda com o sentido que a cliente dá e reage mostrando que o seu coração ainda não parou (linhas 80, 82, 83 e 89), através de uma postura otimista.

Trabalhar o aspecto do sentido que a experiência apresenta para o cliente é fundamental para o resultado da adesão ao seu tratamento. Observa-se que a cliente chegou a colocar aspectos subjetivos e íntimos, pois a interação produzida pelas interagentes proporcionou essa profundidade. Observe-se que isso pode ser verificado através das interrupções iniciadas pela cliente, as quais não foram originadas pela profissional nas linhas indicadas pelo sinal →. Assim, nas linhas 62, 68 e 84 a enfermeira é interrompida pela paciente, sugerindo uma relação igualitária, mostrando que a situação de controle ou de poder na interação estava com a cliente (OSTERMAN & SILVA, 2006). Além disso, essas interrupções iniciadas pela cliente ocorrem inclusive no excerto 1 também nas linhas 16, 37, 49 e 51 e no excerto 3 na linha 159.

Portanto, observa-se que é através de uma relação igualitária entre cliente e profissional de saúde que o sentido da experiência do cliente pode ser passível de expressão, quando a confiança foi estabelecida entre ambos os interagentes da conversação. A postura física com que a enfermeira orientou-se, sentando ao lado do leito e segurando na mão da cliente pode ter proporcionado esse nível de interação, onde aspectos tácitos e não-verbais são comunicados.

Observe-se ainda que na linha 91, a enfermeira não segue permitindo o aprofundamento do sentido da experiência da cliente, através de uma pré-seqüência na qual projeta um novo tipo de ação (SILVERMAN, 1998), projetando outro assunto, seguindo falando sobre o estado físico da cliente. Através desta ação, o sentido que a cliente vinha construindo fora interrompido. Apesar do esforço dispendido anteriormente pela enfermeira no sentido de ouvir a cliente, essa atitude “pode” estar mostrando na ação efeitos da compartimentalização dos saberes na UI. Entende-se essa conjectura como uma possibilidade, pois a AC não se preocupa com intenções dos interagentes, apenas com a fala efetivamente produzida (SEGER, 2007).

Excerto 3 (Orientação 1)

193 Vera: eu perguntei pra ele ontem quando ele veio aqui se eu podia passar um creme,
 194 uma coisa
 195 Rita: i::sso, isso que eu vou lhe dizer agora. não é bom passar nada de creme.
 196 porque=
 197 Vera: =ta combinada com o médico?
 198 Rita: nã::o, não é combinada com o médico é porque a gente sa::be, [é::]
 199 Vera: → [ta certo], tem
 200 que saber
 201 Rita: então não tem que passar creme. ((segue explicando os motivos para não passar
 creme na cicatriz da cirurgia))

Através da fala da linha 197, observa-se que a cliente verifica se todos os profissionais que a atendem possuem conhecimento comum. O excerto 3 representa ainda que todos os profissionais apresentam as mesmas informações para o cliente, demonstrando qualidade técnica. O cliente percebe tal compartimentalização, e faz ‘testes’ para verificar se todos apresentam o mesmo discurso, conforme par adjacente das linhas 198 e 199. Essa harmonização do conhecimento que o cliente recebe é fundamental para que não cause dúvidas na adesão ao tratamento recomendado.

Excerto 4 (Orientação 2)

1 Marcos: VAMO EMBORA?=
 2 João: =vamo ((sentado no leito))
 3 Marcos: tudo tranqüilo?

- 4 João: tudo bom.
 ((O médico vira-se para a filha do cliente (Ana) que estava em pé ao lado do leito, no sentido contrário à cabeceira))
- 5 Marcos: bom ah:: tem algumas coisas, né. assim, primeiro, né: ah:: nós temos que fazer
 6 uma revisão,duas revisões na verdade, primeira revisão. relacionada: ao próprio
 7 infarte, diretamente, né: toda essa situação que houve agora, né:

A orientação dois é que melhor exemplifica uma interação em um contexto institucional. Para Hutchby & Wooffitt (1998), interessa para a AC o contexto da seqüência em que o turno imediato é produzido. Isso ocorre porque a fala não ocorre no vácuo, é sempre situada em um contexto. Os contextos variam de conversas com familiares ou amigos até locais maiores como locais de trabalho, escolas, vários tipos de instituições de serviços, incluindo consultórios médicos, instituições hospitalares, cortes (juízes) ou estúdios de rádio e televisão.

A orientação dois é a interação ocorrida em uma orientação de alta de um paciente com 76 anos que havia sofrido um infarte. Na linha 1 o médico inicia a orientação de alta através de uma fala com volume aumentado, ao mesmo tempo que utiliza uma forma engajadora (OSTERMAN, 2006) do tipo ‘vamos embora’, o que passa certa ambigüidade, pois o volume aumentado serve para demonstração de poder enquanto que ‘vamos’ é uma expressão engajadora e empática. Caprara & Rodrigues (2004) mostram que no começo da consulta quase todos os médicos tentam estabelecer uma relação empática com o paciente. O conteúdo da linha 1 é de maneira engajadora, mas a forma (volume aumentado) denota uma afirmação implícita de sua autoridade.

A forma não-verbal com que o médico se orienta para a explicação somente olhando para a filha do cliente, em uma posição de lado para esse, demonstra tacitamente que o médico não reconhece este cliente como sujeito capaz de assumir a responsabilidade de sua própria saúde (CAPRARA & RODRIGUES, 2004) e delegando esta responsabilidade para a sua filha. Ressalvando-se o caso do paciente apresentar comprometimento de entendimento, Caprara & Rodrigues (2004) entendem que atitudes como essas não desenvolvem a autonomia e participação do cliente no seu processo de adesão ao tratamento e nas práticas de prevenção e promoção da saúde. Tal atitude é corroborada, pois o cliente somente volta a interagir na linha 141. Até então a maior quantidade de interações fora com sua filha e algumas com a esposa, tais como mostra o excerto 5:

Excerto 5 (Orientação 2)

- 17 Marcos: isso. ta. essa medicação ela ta com as datas certinhas aqui, ta então continuar
 18 tomando da mesma forma, né, dia 12, 13 e assim sucessivamente, ta? o pessoal
 19 vai ligar pra avisar, mas é deixando trinta dias no início dessa medicação, ele
 20 vão ligar pra avisar . as demais medicações: tão aqui na receita, ta? É o XXS
 21 infantil no almoço, xisdilol, aqui ta com o nome de xisbilol de 12 em 12 horas,
 22 ta que é uma essa medicação é pra segurar os batimentos cardíacos e também
 23 ajuda ah: no desenvolvimento dessa parte que pode desenvolver insuficiência
 24 cardíaca, também que protege, né?
 25 Ana: mhmm
 26 Marcos: ahh O xestor que é uma medicação pra colesterol (.), o xavix que é diurético,
 27 pra aquela situação de água no pulmão que ele tava tendo, né?
 28 xocordil também pra questão do infarto, xopril que protege o vaso. certo? o
 29 xalac também que é pra segurar a pressão dele vinha muito alta e combinado
 30 com o xibelol é uma boa medicação,
 31 Ana: mhm:
 32 Marcos: e aqui eu só deixei por escrito essa medicação, do estudo que ele já sabe como
 33 é que ele tem que tomar que é uma vez por dia, certo?
 34 Ana: ta

Excerto 6 (Orientação 2)

- 35 Marcos: certo?(.)
 36 Ana: Tem uma medicação que ele tomava pra .. prótese era o cotec
 37 Marcos: =sim
 38 Ana: ele pode u[sar]?
 39 Marcos: → [Si]m, sim
 40 Ana: isso aqui ele toma tudo numa vez só [@@@@ muita coisa@]
 41 Marcos: → [não, na verdade assim, ó o que é de doze] o que é de doze em doze horas, né.
 42 toma um de manhã e um a noite. as medicações, como eu coloquei aqui, são
 43 pela manhã: certo. Pode ser tomadas... todas essas medicações podem ser
 44 tomadas juntas.
 45 Ana: t[a:]
 46 Marcos: → [ta] desde que seja no seu horário
 47 Ana: certo
 48 Marcos: ou seja doze em doze horas, por exemplo, oito da manhã e oito da noite
 49 Ana: =ta
 50 Marcos: de manhã se for tomar, por exemplo outro de doze em doze, né
 51 Ana: mhm
 52 Marcos: de manhã as oito horas pode tomar junto com essa
 53 Ana: ta
 54 Marcos: se for outra que for só de manhã também pode tomar junto, não tem problema,
 55 não precisa separar as medicações.
 56 Ana: certo e: de preferência: co:me:r alguma coisa. antes?
 57 Marcos: não faz... isso não: isso não modifica quase nada nas medica[ções].

- 58 Ana: [ta] [bom]
 59 Marcos: ➔ [Ger]almente a gente coloca o XXS de meio dia porque aí se dilui mais com a
 60 comida, e aí atrapalha menos o estômago
 61 Ana: ta, mhm:
 62 Marcos: ta::?
 63 Ana: ta.

Nos excertos 5 e 6, a filha do cliente faz 12 concordâncias através das partículas ‘mhm’ e ‘ta’. No entendimento de Heath (1992 *apud* HUTCHBY & WOUFFITT, 1998), o médico faz o diagnóstico e o paciente tende a concordar para preservar o objetivo científico e o status profissional do diagnóstico ou avaliação médica. Pode ser entendido que, nestes exemplos, (linhas 25, 31, 34, 45, 47, 49, 51, 53, 58, 61 e 63) tais concordâncias são para legitimar a assimetria da relação através de implicações implícitas de autoridade (WEST, 1998a *apud* OSTERMAN, 2006) como essas.

Outro aspecto que demonstra implicações implícitas de autoridade são os *overlaps* iniciados pelo médico. Nos turnos realçados por uma seta (➔) nos quais há uma sobreposição da fala do médico com a fala da familiar do cliente (linhas 39, 41, 46, 59, 97 e 106) onde o médico inicia sua fala antes que o cliente, neste caso familiar, termine o que tem a dizer, caracterizando assim o fenômeno da interrupção, estudado como instrumento de controle e poder (OSTERMAN, 2006), reafirmando a assimetria estabelecida na interação.

Na linha 40, a filha do cliente faz uma pergunta para o médico e utiliza uma formulação extrema, como ‘toma tudo de uma vez só’, tentando chamar a atenção do médico para a importância do assunto (HURCHBY & WOUFFITT, 1998), seguida, porém do artifício do riso, como prova do discurso assimétrico. O riso pode ser prova de assimetria entre os falantes (HAAKANA, 2002), pois serviu como uma permissão para que Ana fizesse a pergunta ao médico.

Conforme Hutchby & Wooffitt (1998) o discurso assimétrico é entendido em termos de poder dos agentes institucionais para estabelecer a oportunidade de participação dos falantes e para definir seu resultado. Assim, enquanto o médico exerce o poder sobre os falantes, estes o estão aceitando e deferindo.

Excerto 7 (Orientação 2)

- 95 Marcos: né, agora, mas tranqüilo, pode caminhar, pode passear
 96 Ana: subir degraus [pode]
 97 Marcos: ➔ [Pode] subir alguns degraus, devagar, né?
 98 Tânia: mhm
 99 Marcos: mas no mais é isso.
 100 Tânia: doutor nós moramos numa fazenda (.) eu vou pra casa da filha, mas eu quero
 101 lhe perguntar::
 102 Marcos: até a próxima revisão fiquem por aqui
 103 Tânia: ta
 104 Marcos: ta?
 105 Tânia: nem ir lá passear ele não [pode?]
 106 Marcos: ➔ [passe]ar pode, a fazenda fica aonde?
 107 Ana: na beira da lagoa:: grande.
 108 Marcos: é lon:ge:: eu acho que não é bom, ainda ta num momento ainda um pouco
 109 instável pra- pra- pra uma distância como essa
 110 Tânia: mhm
 111 Marcos: ta?
 112 Tânia: e praia pode? Ou é um terreno muito...
 113 Marcos: não, pode, praia qual é praia?
 114 Tânia: mistério (.)
 115 Marcos: mistério::
 116 Ana: é perto de punta
 117 Marcos: perto de punta
 118 Ana: entre punta e pinhão
 119 Marcos: ta daí tem:: açai fica ali:: o que? cinquenta quilômetros?
 120 Tânia: cinquenta quilômetros açai né João?
 121 Ana: mais ou menos, isso?
 122 João: não, açai é:. são vinte::
 123 Ana: é mais ou menos isso
 124 Marcos: ta então sendo uma distância assim ,ta okei, certo?

Tânia, senhora idosa, esposa do cliente, após fazer a pergunta, faz uma pré-seqüência na linha 100 e 101, que pode ser entendida como uma tentativa de não ferir a própria face, utilizando uma longa pré-seqüência usada para projetar um novo tipo de seção (SILVERMAN, 1998), uma vez que ousou fazer uma pergunta, diante da interação com características assimétricas. A face é uma imagem positiva a ser mantida, tanto de si quanto do outro. Segundo Goffman (1955) a face é um construto interacional, instável e dependente da ação do outro. A manutenção da face é condição para interação e não seu objetivo. Essa pergunta somente ocorreu porque na linha 95, o médico disse que o cliente poderia passear, como a resposta foi negativa em formato preferido, Tânia fez outra questão na linha 105, uma

vez que o médico afirmou na linha 95 que o cliente poderia passear. Diante da insistência de Tânia, o médico possibilitou uma negociação que foi da linha 106 até a linha 124.

O processo de negociação envolve modelos explanatórios que dependem de onde discrepâncias durante a negociação podem conduzir e se elas afetam o cuidado. Assim, o processo de negociação pode ser simples, mas importante passo para conquistar a confiança do paciente, prevenindo maiores discrepâncias na avaliação dos resultados terapêuticos, promovendo adesão e reduzindo a insatisfação do paciente (KLEINMAN *et al.*, 1978). Apesar da negociação ocorrer somente na linha 106 e no que se refere ao possível passeio do cliente após a alta, mesmo assim mostra-se importante, pois representa a capacidade do médico em assumir uma postura mais simétrica em relação ao cliente e familiares, bem como demonstra a sua capacidade de negociação nas interações.

Excerto 8 (Orientação 3)

- ((Nutricionista em pé com folha de orientação na mão))
- 13 Mara: ta aqui. eu trouxe umas orientações tudo por escrito, que bom que a- que a- que a
- 14 a nora ta aí. isso é ótimo. que que a gente precisa cuidar agora que a senhora
- 15 fez, boto essas pontes, esses viadutos aí né::
- 16 Vera: quanta coisa, [aí eh:: essa mudança]
- 17 Mara: → [então assim]
- 18 Vera: aí é brabo
- 19 Mara: então assim a senhora precisa ter uma dieta pobre em: alimentos gordurosos, né
- 20 Vera: mas, faz tempo que @XXX@ pobre e não tem adiantado nada
- 21 Mara: então assim, eu botei aqui um exe:mplo de cardápio, ó: exemplo de cardápio,
- 22 daí tem café da manhã: ah: lanche no meio da manhã:, almo:ço, lanche no meio
- 23 da tar:de, janta e ceia (.) no café da manhã que que deve ser. a senhora ah: leite,
- 24 mas de preferência assim ó leite desnatado ou semi-desna[tado]
- 25 Vera: [mas aq-] aqui é
- 26 desnatado o leite?
- 27 Mara: a gente usa o semi, a gente usa o semi, ta então assim ó, se não consegui o
- 28 desnatado, vai pro semi, o integral evita. ta:: porque. tem muita gordu:ra

Na linha 15, quando a nutricionista menciona a cirurgia da cliente como introdução, esta já começa a falar sobre esse assunto em forma de queixa, mas é interrompida pela profissional de saúde para iniciar o seu *script* de orientação nutricional (Anexos I e II) na linha 17. Conseqüentemente, aparece a resistência da cliente às orientações nutricionais na linha 20, em forma de uma resposta despreferida em formato despreferido. A preferência nas respostas é outro aspecto inferencial da seqüência de pares adjacentes: aceitação,

concordância ou concessão são produzidas de diferentes maneiras que suas alternativas negativas, as quais constituem é a organização preferencial (HUTCHBY & WOUFFITT, 1998). Na linha 20, a resposta é despreferida com formato de ação despreferida, pois mostrou-se explicativa, utilizou ‘mas’ denotando resistência. Diante de tal objeção, a nutricionista não fez menção e seguiu seu *script* o qual foi interrompido através de uma sobreposição de fala da cliente questionando sobre o tipo de leite servido no hospital, indicando ainda certa resistência à orientação (linha 21) e à forma assimétrica como esta interação estava sendo conduzida pela nutricionista.

Excerto 9 (Orientação 3)

- 29 Vera: sabe que eu comprei aqui o integral lá em Taí::
 30 Mara: mh
 31 Vera: e botei a ferver e botei um tirado de leitaria e comparei os dois. aquilo era
 32 me:smo que uma agui:nha @@@@ agora aquele o:utro ficou um natão
 33 Mara: não mas assim. ó compra o semi-desnatado ou o desnatado, se a senhora não:
 34 se ela não se acostuma com o desnatado vai pro semi
 35 Vera: escuta olha a[qui ó:]
 36 Mara: [mh]
 37 Vera: e não dá pra gente faze assim, [ó]
 38 Mara: [mh]
 39 Vera: eu fervo o leite lá em Ta[í:]
 40 Mara: [mh]
 41 Vera: faz tempo que eu venho tomando assim, é gordo. não vo dize que não porque
 42 eu ponho aquilo e tiro nata bastante e mando lá pras gu[ria]
 43 Mara: [mh]
 44 Vera: que podem comê. agarro e ponho dois dedo [d’agua]
 45 Mara: [mh]
 46 Vera: e mais o café vamo supor que seja três dedo e aí ponho o leite, [fica pobre não
 47 é?]
 48Mara: → [mas é, mas é]
 49 melhor a senhora comprá mesmo assim, ó mesmo aquele leite, esse leite que a
 50 gente pro:ce:ssa mesmo assim ele tira a gordu:ra aquele leite mesmo que a
 51 senhora fe:rva, tire a gordu:ra e coloque á:gua não é a mesma coisa. ali a gente
 52 não sabe o quanto de gordura tem ali. e no leite semi-desnatado ou desnatado
 53 comprado a gente sabe
 54 Sonia: é que na realidade Mara, ela usava o desnatado de caixinha
 55 Mara: mh
 56 Sonia: diz ela que comprava lá.
 57 Mara: mh
 58 Sonia: como entrou essa história dos pro[dutos de caxinha]
 59 Vera: [você botam veneno pra gente comê]
 60 Sonia: o interior to:do começou a voltar com leite de [leitaria]
 61 Vera: [olha] lá em Taí agora quase

- 62 ninguém compra de [caixinha]
 63 Mara: → [mas se] você prestá atenção, esse leite que tava sendo
 64 usado que tava sendo adulterado era o leite: integral. o leite desnatado e o
 65 semi-desnatado nenhu:ma marca foi encontrada o integral é o que eles
 66 conseguem mexê: eles conseguem botar mais água consegue bota- alterá, mas
 67 o desnatado eles: e a senhora vê todas as pesquisas que foram feitas, todas as
 68 análises, no desnatado não aconteceu: não teve nenhum problema. o problema
 69 foi no integral.
 70 Vera: eu sei dize que la em Taí todo mundo se queixava
 71 Sonia: nós não estávamos lá e o povo de lá é meio: [mais:]
 72 Mara: → [não], mas daí procura as marcas
 73 que não foram: que não foram:
 74 Sonia: agora, agora ela vai continuá::
 75 Mara: marcas que não foram falados no jornal, né que não foram. e desses leites o
 76 integral é que dá problema.
 77 Sônia: ahã
 78 Mara: duplo assim, nas duas coisas ele é alterado e dá problema no coração. ((segue falando sobre o queijo na dieta))

No excerto 9 aparece uma tentativa de negociação entre a cliente e a nutricionista. Na linha 32 a cliente faz a primeira tentativa de negociação frustrada, porque a nutricionista retornou ao seu script na linha 33. Em seguida, a nutricionista é chamada pela cliente para uma nova negociação de forma explícita entre as linhas 35 até a linha 47 e da linha 48 até a 53 a nutricionista explica os motivos pelos quais não pode aceitar a sua proposta em substituir o leite em caixinha. A nutricionista demonstra, neste excerto, que parou para ouvir a cliente, abrindo espaço para negociação. Mesmo assim, a cliente demonstra que não foi convencida, através da fala da linha 70, porém a nutricionista convenceu a nora e com isso contentou-se e seguiu seu *script*.

Observa-se que na linha 59, a cliente mostra sua resistência às orientações da nutricionista através do uso da formulação extrema: ‘vocês botam veneno pra gente comê’. O uso de formulações extremas é utilizado, neste caso como defesa da possível acusação (HUTCHBY & HOOFFITT, 1998), de que a cliente estaria tomando o leite *in natura* da forma errada.

Excerto 10 (Orientação 3)

- 69 Mara: compra assim ó: produtos pobres em gordura, então produtos- os produtos usa
 70 o leite, usa o desnatado e semi-desnatado usa o iogurte light tem menor teor

- 71 de gordu:ra, o iogurte desnatado ah: o queijo queijo bra:nco, requeijã:o o que
 72 tem menos gordura. então procura os alimentos que tem menor teor de gordura
 73 ((lendo o papel)) daí no meio da manhã comer uma fruta. né pra não fica muito
 74 tempo sem se alimentá: no almoço arroz ou substituto então entra arro:z ou
 75 feijã- ou batata. ou massa. ou purê. né daí feijão. ãh ou lentilha mas aí feijão
 76 temperado com alho, cebola, orégano, assim, evitar botar costeli:nha.
 77 lingüici:nha
 78 Vera: ((estava olhando para a televisão)) que que é?
 79 Mara: paio bacon pra tempera o feijão
 80 Vera: ah:: tá
 81 Mara: mais temperado com alho, sal
 82 Vera: lingüiça não
 83 Mara: evitá. que vai acumular ali no feijão. ãh carne ma:grã. né então a carne retirá a
 84 gordura da carne antes de faze tirar a gordura [antes de fazê.]
 85 Vera: [sempre eu como] carne magra.
 86 isso aí acho que é be- besteira dizer pra gente. que não sei há quanto tempo eu
 87 como só coisa ma:gra que não sei há quanto tempo eu como só coisa magra e
 88 deu todo esse pro[brema]
 89 Mara: → [porque] é que a senhora tem a genética né
 90 Vera: @ genética
 91 Mara: se a senhora não se cuidasse imagina: tem pessoa que se cuidam, se cuidam, se
 92 cuidam e tem isso por causa da genética, tem pessoas que não se cuidam
 93 nu:nca e não têm nada porque a- hã: o fator hereditário é muito- é muito forte
 94 Sônia: é. ela fabrica o colesterol ((segue explicando as características na sogra))

Neste excerto das linhas 69 até a 77 a nutricionista segue a explicação de seu *script* percorrendo sem interrupção nem mesmo de partículas mínimas de resposta. As partículas mínimas de resposta servem para preservar o objetivo científico e o status profissional do diagnóstico ou da avaliação médica (HUTCHBY & WOOFFITT, 1998). Observa-se que, a cliente mostrou-se resistente durante toda a interação, não aceitando uma relação assimétrica com a nutricionista e de certa forma competindo com ela como demonstra a fala da linha 85 até a 88. Nota-se que quem fez a mediação entre a nutricionista e a cliente fora a nora da cliente (linhas 94, 54 e 74).

Conforme Hutchby & Wooffitt (1998), o discurso assimétrico é entendido em termos de poder dos agentes institucionais para estabelecer a oportunidade de participação dos falantes e para definir seu resultado. A relação assimétrica pode ser também verificada através dos cinco *overlaps* (realçados pela seta →) que a nutricionista realizou sobreposição à fala da cliente (linhas 17, 48, 63, 72 e 89), caracterizando o fenômeno da interrupção nas linhas 17 e 72, pois nas outras interações a cliente estava se orientando para finalizar a fala.

A cliente, porém não aceitou uma relação assimétrica e a nutricionista ficou presa ao seu *script*, ou seja, ao conhecimento explícito. A própria posição física da nutricionista deve ser observada (excerto 8), em pé e com o papel nas mãos, demonstrando preocupação em passar o conteúdo através de uma postura formal. Nesta interação, observou-se, através da microanálise das interações, que a cliente não esteve disposta a participar da interação da forma proposta pela nutricionista, conseqüentemente pode haver ter prejuízos na adesão da cliente, ao colocá-la em prática depois da alta hospitalar.

A seguir é apresentado o quadro 28, que representa uma condensação das principais características das interações analisadas nesta seção, demonstrando a diferença de atitude de três profissionais na interação direta com os clientes.

	Enfermeira	Médico	Nutricionista
Postura física durante a interação	Sentada ao lado do leito segurando na mão da cliente.	Ficou de lado para o cliente, explicando as orientações para a filha.	Profissional em pé, ao lado do leito, com a folha das orientações nutricionais em mãos.
Poder dos agentes na interação	Relação simétrica, a profissional permite que a cliente se expresse profundamente.	Relação assimétrica, com legitimação da assimetria pelo cliente e familiares.	Relação assimétrica, sem legitimação da assimetria pela cliente.
Capacidade negociadora do profissional	Negociou todo o cuidado, bem como o sentido da intervenção para a cliente.	Na primeira parte da interação demonstrou autoridade, e na segunda parte participou de uma negociação com os familiares, mostrando mudança na postura.	Na maior parte da interação, a profissional seguiu seu <i>script</i> , quando chamada explicitamente pela cliente, demonstrou atenção e parou para ouvi-la. Porém, diante do aumento da resistência da cliente, seguiu sua explicação.
Resposta do cliente à interação	Participativa e aberta. A cliente sentiu-se com abertura para fazer colocações sobre o sentido da cirurgia que sofreu.	Passiva, o cliente e os familiares legitimaram na maior parte da interação, a relação assimétrica. Porém, das suas intervenções partiu a negociação.	Resistência da cliente à proposta de interação assimétrica, propõe negociação, é ouvida, mas como o resultado não foi o esperado pela cliente, aumentou a resistência às orientações.

Quadro 28: Condensação das principais características analisadas nos excertos

Fonte: Dados desta pesquisa

5 DISCUSSÃO

Esta pesquisa teve como foco os processos de criação e transferência de conhecimento que estão envolvidos na promoção da adesão ao tratamento por síndrome coronariana aguda. A seguir são apresentados os resultados encontrados em cada objetivo do estudo de caso.

5.1 Resultados do Objetivo Específico: Estratégias de Conhecimento

O entendimento da adesão ao tratamento por Síndrome Coronariana Aguda no âmbito da gestão do conhecimento na saúde mostrou-se complexo. Como a adesão ao tratamento acontece efetivamente quando o cliente encontra-se em seu ambiente de vida pessoal, pode-se equipará-la, em linguagem administrativa à fidelização do cliente, pois é no âmbito privativo, que o cliente poderá colocar em ação, ou não, as orientações recebidas quando esteve internado no hospital. Ocorre que esta “fidelização”, não deve ser entendida tal como a fidelização do cliente a uma empresa ou à compra de um produto/marca, uma vez que, envolve diretamente a sua qualidade de vida, não somente como uma ação supérflua ou uma simples escolha, mas como uma ação vital, diante da gravidade patológica que se constitui a Síndrome Coronariana Aguda.

Enquanto o cliente está internado e sendo tratado em um modelo hospitalista, é preciso que os profissionais lhe instrumentalizem, para que a continuidade ao tratamento ocorra por meio da adesão às orientações passadas. Isto exige, portanto, uma mudança de modelo mental de todos os envolvidos no processo, pois a continuidade ao tratamento pressupõe acompanhamento periódico do cliente por parte da instituição através de consultas, exames e grupos de apoio em um modelo ambulatorial. Tal transposição exige uma mudança de estrutura de atendimento que englobe a continuidade do tratamento.

Existem barreiras internas e externas para a efetivação de uma estrutura de continuidade do tratamento. Internamente à instituição, ocorrem barreiras culturais, tais como:

- (i) a formação médica ser baseada no modelo hospitalista, portanto o cliente faz vínculo com o médico e não com o hospital;
- (ii) barreiras organizacionais, como processos compartimentados percebidos pelo cliente nos diferentes profissionais;
- (iii) barreiras individuais como a assimetria entre o cliente e profissionais da saúde que dificultam o vínculo.

No âmbito externo, ações de continuidade do tratamento não são remuneradas pela fonte pagadora, uma vez que, na área da saúde, é constituída basicamente dos planos de saúde, que remuneram procedimentos no modelo hospitalista e não controlam os resultados nos clientes. Mesmo sem o retorno financeiro direto, a adesão promove resultados assistenciais à Instituição.

Na instituição hospitalar, a adesão do cliente ao tratamento prova sua eficácia organizacional, ou seja, os resultados organizacionais podem ser observados através da fidelização do cliente. Assim, o Modelo Médico Assistencial promove o controle e organização das especialidades médicas, representando, dessa maneira, um papel estratégico na gestão do conhecimento organizacional, efetivado através da Controladoria Médico Assistencial. Portanto, pode-se compreender a importância de um modelo organizacional que agregue e direcione os setores e profissionais para o atendimento das necessidades do cliente em curto, médio e longo prazo, gerando **valor ao negócio** e explorando novas vantagens competitivas a partir do conhecimento existente (WIGG, 1997).

Assim, a existência de um fórum organizacional, que gerencie os processos de conhecimento beneficia o empreendimento através das maneiras e abordagens que capitalizam o conhecimento, em outras palavras, a maneira com que a organização se encarrega de seu conhecimento agrega valor ao negócio caracterizando-se, enfim como sua estratégia de conhecimento (MAIER & REMUS, 2002).

Portanto, um modelo de direcionamento das diversas ações organizacionais agrega valor ao negócio e promove vantagens competitivas, uma vez que passa a ter um papel central na efetiva gestão dos processos de conhecimento, pois além dos resultados financeiros e técnicos, pode controlar resultados de conhecimento. Observou-se que no Instituto Vascular

há constante comunicação entre os cardiologistas, reuniões semanais com toda a equipe, preocupação em verificar o resultado das intervenções e da adesão no cliente. Além disso, há uma estrutura de gestão do conhecimento por parte da alta administração da Instituição, caracterizando uma entidade baseada em conhecimento, tal como as organizações hospitalares foram denominadas por Peter Drucker (2001).

Quanto à **orientação de mercado**, as ações de adesão não são remuneradas pela fonte pagadora, nem pelos resultados dos clientes, caracterizando assim, um fracasso da competição na área da saúde, exemplificando a estruturação da competição de soma zero, citada por Porter & Teisenberg (2007).

Conseqüentemente, no ambiente externo a continuidade do tratamento ainda não é valorizada pela fonte pagadora, embora esta Instituição esteja buscando influenciar uma mudança do mercado a partir de mudanças internas, tais como a valorização do ambulatório. Para que tais ações tornem-se valor reconhecido no mercado, primeiramente o cliente deve reconhecer tal iniciativa e expressar o valor dessas ações à fonte pagadora para que a Instituição possa ter vantagens competitivas, mostrando-se um empreendimento de longo prazo.

A preocupação com as estratégias de conhecimento devem ser direcionadas a longo prazo, mesmo que o mercado não remunere ações importantes à organização, há outros valores organizacionais que devem subsidiá-la, fortalecendo internamente a própria organização. Mesmo sem a contrapartida monetária, a Instituição busca desenvolver e orientar o gerenciamento de estratégias de conhecimento, as quais não são, desta maneira, denominadas na Instituição, através da implementação do Modelo Médico Assistencial. Neste modelo, o atendimento é organizado em torno das especialidades e gerenciado através de todo o ciclo de atendimento: acesso, permanência e continuidade do tratamento, pois prevenir é mais barato que reagir. É na continuidade do tratamento que a adesão acontece. A Instituição tem sua estratégia claramente delineada e tem clareza quanto à realidade do mercado, porém o valor de sua estratégia vai além do valor econômico, pois o compromisso com o Modelo Médico Assistencial é um valor institucional.

A constante investigação na busca por outro conhecimento é caracterizada como **criar conhecimento**, a qual deve estar centrada em rever e criar novos processos e produtos através

do fluxo de informações interna. Na Instituição, promove-se conhecimento através da renovação e oxigenação dos processos e protocolos as quais correspondem às ações de procura de outro conhecimento. Na busca por um novo conhecimento, ocorre um intercâmbio entre o conhecimento tácito e explícito em um fluxo de informação (ALAVI & LEIDNER, 2001). Os protocolos são instrumentos elaborados a partir das diretrizes clínicas das especialidades, e representam repositórios renováveis de conhecimento (JACQUES, 2007).

Verifica-se a necessidade de uma constante vigilância organizacional para a renovação de seus processos internos, e o engajamento em certificações pode fomentar a movimentação do conhecimento dentro da organização. Assim, através da renovação e oxigenação dos protocolos, realizados pelas especialidades, ocorre um intercâmbio entre o conhecimento tácito e explícito em um fluxo crescente através dos níveis individual, grupal e organizacional onde a informação necessária ao trabalho é reunida (ALAVI & LEIDNER, 2001). A Instituição está permanentemente em processo de desenvolvimento interno, em consonância com os mais modernos processos de acreditação hospitalar, o que demonstra uma preocupação com a criação do conhecimento.

A busca de solução para os clientes deve ser norteadora das ações organizacionais de criação e transferência de conhecimento, bem como a constante vigilância para a superação de barreiras culturais internas que surgem naturalmente nos processos de mudança. Na Instituição, a gestão do conhecimento está promovendo um compromisso sustentável para a mudança, pois há um esforço de superação de barreiras culturais que a está levando a tornar-se mais colaborativa, transparente e pró-ativa, conforme apregoa Guptill (2005). Observa-se que a estrutura do Modelo Médico Assistencial está embasada em ações de criação e transferência de conhecimento, uma vez que realiza a gestão das especialidades, a qual demanda a renovação e oxigenação dos protocolos e incentiva práticas colaborativas entre as especialidades, sempre visando a melhor solução dos problemas dos clientes, concordando com Bukowitz & Williams (2002).

Transferir conhecimento envolve a aplicação de regras, padrões, procedimentos e instruções convertidas em conhecimento explícito (ALAVI & LEIDNER, 2001). Ocorre, porém, que há uma preocupação entre os profissionais com a prática da transferência de conhecimento, a qual é compreendida como apresentando duas maneiras distintas: o modo formal e o informal. Em instituições altamente formais, como as hospitalares, há abundância

de processos e protocolos, o que pode engessar a estrutura no atendimento aos clientes, devido à característica de complexidade do serviço. Porém, a transferência de conhecimento de maneira menos formal e não sistematizada mostra-se na comunicação sem regras ou padrões de maneira altamente acentuada. Tanto a formalidade quanto a informalidade transitam através da verticalização dos saberes, ou dito de outra forma, da departamentalização profissional.

Em organizações fortemente embasadas em conhecimento, muitas vezes há um *gap* entre o que se conhece e o que se pratica com o cliente, característica essencial para que a fidelização do cliente aconteça. A transferência de conhecimento embasa o relacionamento com o cliente (BUCKOWITZ & WILLIAMS, 2002), principalmente no que se refere à adesão ao tratamento, que envolve um relacionamento de longo prazo com uma instituição. Neste sentido, as habilidades comunicacionais dos profissionais mostram-se fundamentais para consolidar tal relacionamento, pois precisam comunicar-se abertamente com os clientes para compreender suas expectativas e percepções (CORRÊA & CAON, 2002). O cliente receberá com maior abertura àqueles conhecimentos que lhe forem passados dentro de um vínculo de confiança, credibilidade e empatia.

A existência de um conjunto de atividades organizacionais que fomentam a criação do conhecimento ocorre em um **contexto capacitante**, que constitui um espaço físico, virtual ou mental compartilhado, que fomenta novos relacionamentos (KROGH *et al.*, 2001). A Controladoria abarca o papel de agente de promoção desse contexto para que o conhecimento seja compartilhado. Além de momentos institucionalmente regulamentados, há o compartilhamento de conhecimento através de troca de idéias nas conversas informais entre os profissionais, momentos propícios para que o conhecimento tácito se expresse (ABREU, SOUZA & GONÇALO, 2007).

Portanto, para abranger ao primeiro objetivo específico deste estudo, que pretendeu identificar a estratégia de conhecimento que busca promover a adesão ao tratamento pós-internação por síndrome coronariana aguda na Instituição. **Conclui-se** que a Instituição possui uma estratégia de conhecimento voltada para a promoção da adesão do cliente ao tratamento. O Modelo Médico Assistencial que está sendo implementado na Instituição promove a continuidade do tratamento, ou seja, há um **plano**, estrategicamente pensado, para que a adesão seja o resultado da eficácia organizacional, criando valor e fidelizando o cliente,

mesmo indo na “contramão” do mercado e da cultura interna. Este mesmo modelo promove a criação de conhecimento através da oxigenação e renovação dos protocolos e processos, bem como a transferência do conhecimento, que ocorre de maneira formal e informal em um contexto capacitante em reuniões formais e em conversas informais.

5.2 Resultados do Objetivo Específico: o Processo na Prática

Com relação ao segundo objetivo específico deste estudo, que é identificar como ocorrem, na prática, os processos de criação e transferência de conhecimento que buscam promover a adesão do cliente ao tratamento, junto aos funcionários e aos clientes, estudou-se primeiramente, o processo de construção social.

O **processo de construção social** é entendido como um processo contínuo e de ação coletiva, incorporado nas tarefas, nos relacionamentos e nos instrumentos da organização (CHOO, 2003). Conhecer está ligado ao fazer, que envolve comportamentos entrelaçados imersos em processos condicionalmente relacionados (WEICK, 1973; CHOO, 2003). Observou-se, na Unidade de Internação, que os comportamentos mostram-se entrelaçados entre as diferentes categorias profissionais que atendem ao cliente, caracterizados pela verticalização de saberes, típica da área da saúde.

Diante deste imbricado enlace comportamental, os profissionais encontram-se imersos em diversas interações através de correntes contínuas de experiências em um ambiente de alta complexidade das atividades e das responsabilidades individuais e coletivas. Assim, os médicos apresentam comunicação informal e fluida com a enfermeira assistencial. A equipe de atendimento (nutricionista, técnicos de enfermagem e outros profissionais) apresenta facilidade de comunicação e entendimento entre si e com a enfermeira, mas não com o médico. A equipe de atendimento está diária e constantemente em contato com o cliente, mais intensamente do que a equipe de médicos que realiza a visita diária.

Diante de tamanha complexidade, as interações dos diferentes profissionais com o cliente são fundamentais para o seu julgamento da experiência com o serviço. O cliente tem a percepção do conjunto de ações e procedimentos por que passa diariamente, captando as

dificuldades ou facilidades de comunicação e poder (em termos de interações assimétricas) entre as diferentes pessoas e especialidades, trazendo conseqüências para o modo com que o cliente está recebendo as orientações, as quais podem impactar posteriormente na sua adesão ao tratamento.

Os diferentes profissionais acabam desempenhando papéis integradores com relação à orientação para a adesão ao tratamento. A enfermeira assistencial representa um papel de esclarecimento e facilitação tanto com relação ao cliente, através da aplicação do Modelo de Cuidado Integral, quanto dentro da equipe de trabalho. A técnica de enfermagem assume o papel de “cuidadora”, o médico de gerenciamento do processo de cuidado, enquanto que a nutricionista desempenha um papel informativo das orientações nutricionais.

Observa-se, portanto, a necessidade de harmonização e coerência entre os comportamentos e interações de todos os profissionais envolvidos no atendimento do cliente, para que este receba orientações adequadas e perceba equilíbrio nas atitudes de preocupação com seu bem estar, favorecendo uma maior conscientização para adesão ao tratamento depois de sua internação hospitalar.

O **conhecimento explícito** é representado por normas e rotinas específicas para cada profissional em seu contato com o cliente. As normas e rotinas que a equipe exercita são: os protocolos clínicos seguidos pelos médicos, o Modelo de Cuidado Integral praticado pela enfermeira assistencial, a orientação nutricional da nutricionista e as rotinas da técnica de enfermagem estabelecidas nos procedimentos operacionais. É importante perceber que o modo de aplicação das diversas normas e regras é próprio de cada profissional, o que acaba produzindo efeitos nos comportamentos entrelaçados que geram o resultado geral da prestação do serviço.

A mensuração dos processos e procedimentos é importante para se verificar a qualidade de coordenação entre as atividades, sob pena de que cada profissional acabe por “fazer do seu jeito” cada processo e de se perder a congruência das ações próprias da prestação de serviços em saúde com qualidade assistencial.

A **expressão do conhecimento tácito na atividade** mostra-se na automatização de rotinas, em que o conhecimento é expresso nas habilidades baseadas na ação, como também

nas práticas e relações que emergem do trabalho, muitas vezes de maneira informal. O conhecimento tácito expressa-se no momento presente e no contexto específico da prática entre os profissionais entre si e com o cliente. A credibilidade é um componente vital a ser transmitido para que o cliente produza adesão ao tratamento, a qual é característica de conhecimento tácito. Porém, em situações complexas, o conhecimento tácito *per se* não se sustenta, pois são situações marcadas por altos níveis de incerteza, tais como as situações presentes nas organizações hospitalares. O conhecimento tácito, porém é vital para estimular a inovação e a renovação dos processos e serviços, tais como no caso da renovação e oxigenação de protocolos, processos, padrões e rotinas.

Para a aproximação mais exata da expressão do conhecimento tácito na atividade, buscou-se analisar a ação prática de três profissionais com clientes, através da metodologia da Análise da Conversa. O objetivo foi ir além das percepções dos entrevistados quanto à subcategoria e entender o processo na ação enquanto prática profissional. Constatou-se que é nas **interações** dos profissionais com o cliente em que realmente se concretiza a entrega do serviço, ou seja, é o momento em que a continuidade ao tratamento é assentada.

Dependendo do modo que a interação ocorre entre o profissional, o cliente e os familiares, poderá facilitar ou prejudicar a transmissão de conhecimentos específicos para a efetivação da adesão ao tratamento recomendado.

O entendimento de tal constatação é fundamental, pois se observou que, na interação da cliente com a nutricionista, houve elevação de resistência às orientações, por parte da cliente, para a qual, certamente, grande parte do conhecimento explícito passado não foi 'ouvido', dificultando a sua prática posterior. Já entre a enfermeira e a cliente, ocorreram processos de simetria na interação, favorecendo com que a cliente expusesse pensamentos íntimos sobre o sentido da intervenção que sofreu, havendo permissão e confiança para que a cliente se expressasse profundamente. Entre o médico, o cliente e os familiares houve a imposição de uma relação assimétrica na primeira parte da intervenção, com anuência do cliente e dos familiares. Após a interpelação da familiar, o médico se propõe a negociar com a família sobre a possibilidade de viagem do paciente, demonstrando ser capaz de manter interações mais simétricas.

A própria observação da postura física dos profissionais, denota a sua orientação para a interação: a enfermeira sentou-se ao lado do leito segurando a mão da cliente; o médico ficou de lado para o cliente explicando as orientações para a filha do cliente, enquanto que a nutricionista permaneceu em pé ao lado do leito, segurando a folha das orientações nutricionais.

Portanto, considera-se como **conclusão** do segundo objetivo específico que o modo como ocorrem na prática os processos que buscam promover a adesão do cliente ao tratamento apresentam-se compartimentados. A interação entre os profissionais que mantêm contato com o cliente não é coerente, os processos são compartimentados por área de atendimento e a expressão do conhecimento tácito está impregnada de características pessoais. Como consequência, há pouca mensuração e pouco controle dos processos a que o cliente está efetiva e pormenorizadamente submetido quando na unidade de internação. As principais barreiras percebidas para a melhoria dos processos são características:

- (i) individuais de personalidade, de formação e de cultura;
- (ii) grupal, no que se refere à integração e coerência da equipe e ao equilíbrio entre formalidade e informalidade e
- (iii) organizacional, através da estrutura proporcionada e das políticas em ação efetiva.

5.3 Resultados do Objetivo Específico: a Prática X a Intenção

Como terceiro objetivo específico, comparar-se-á se os procedimentos de operacionalização da criação e transferência de conhecimento para promoção da adesão do cliente realizado pela equipe estão **alinhados com os objetivos estratégicos** da Instituição.

As evidências analisadas na **dimensão processo** mostram que a equipe está imersa em um ambiente complexo e sob pressão, agindo entre os pólos da formalidade e da informalidade inseridos em um ambiente de alta departamentalização profissional, em que a criação e transferência de conhecimentos ficam prejudicadas.

O cliente percebe os comportamentos resultantes desta falta de afinamento operacional, refletindo como interações assimétricas que o distanciam de uma real compreensão do conhecimento passado durante as orientações para a adesão ao tratamento. Este entendimento está representado na figura 15:

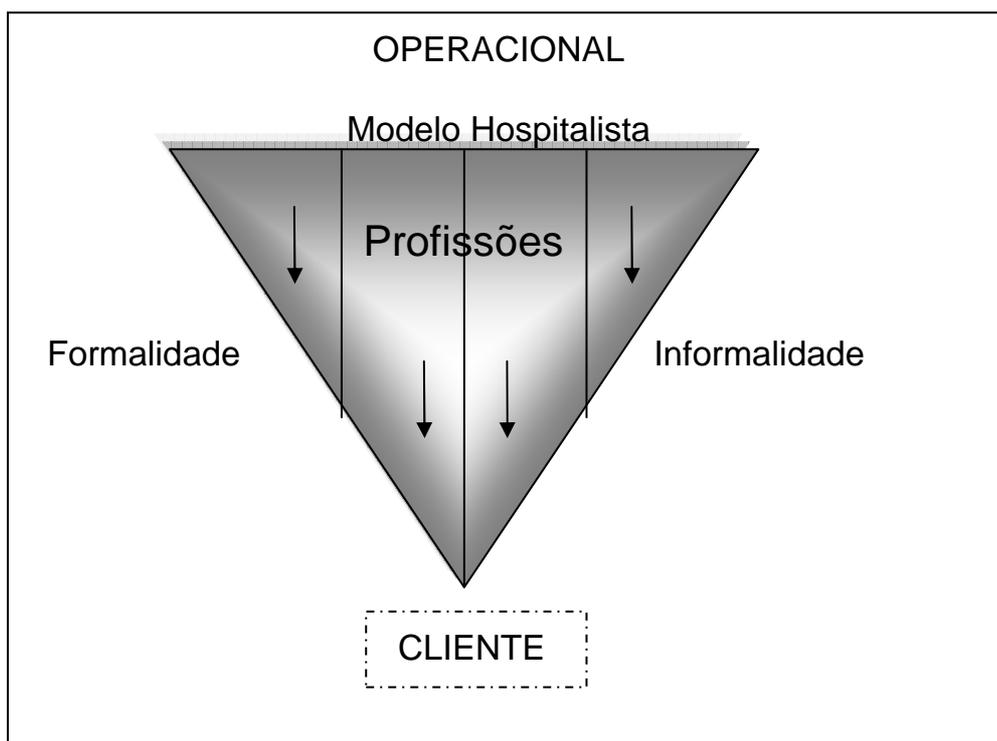


Figura 15: Representação da análise da dimensão processo
Fonte: Dados desta pesquisa

Já as evidências analisadas na **dimensão contexto** mostram que a estratégia de conhecimento está delineada sobre o Modelo Médico Assistencial, entendida neste estudo como plano. Como consequência da implementação deste Modelo, o qual está em andamento, ocorre a fidelização do cliente sob forma de adesão na continuidade do tratamento, onde o conhecimento é criado através da renovação e da oxigenação dos protocolos nas especialidades e transferido de maneira formal e informal em um contexto capacitante de compartilhamento do conhecimento, conforme representado na figura 16:

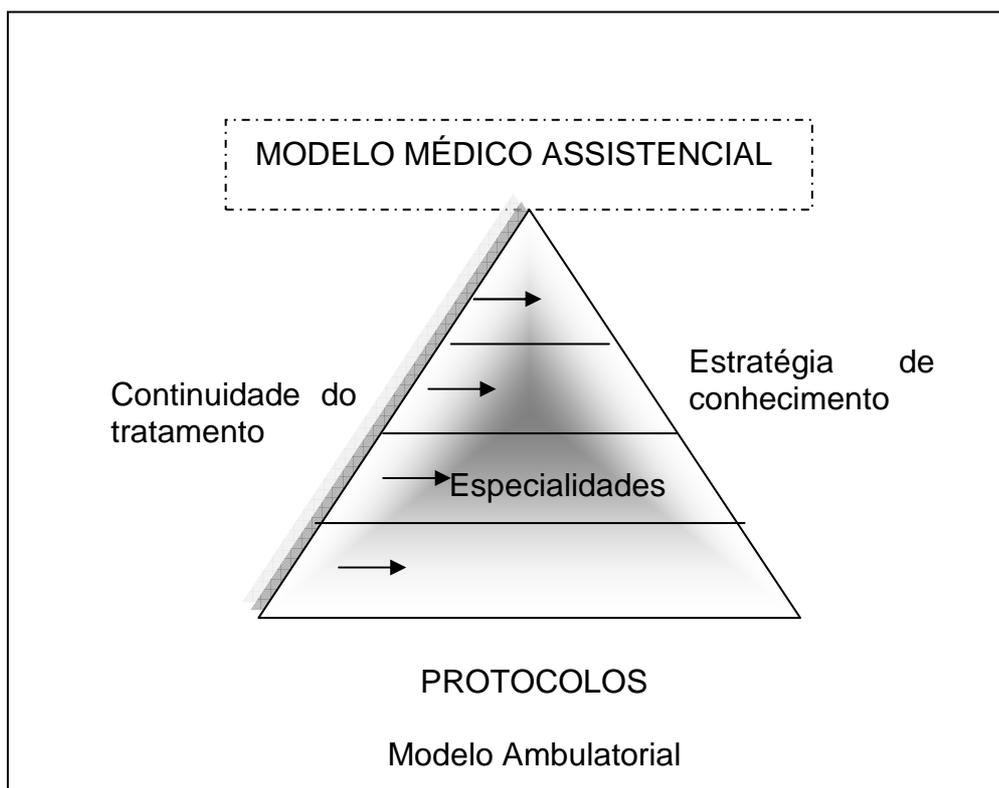


Figura 16: Representação da análise da dimensão contexto
Fonte: Dados desta pesquisa

Portanto, a **estratégia de conhecimento planejada** e a **operacionalização dos processos** que fomentam a adesão do cliente ao tratamento apresentam distanciamento (*gap*), pois os objetivos identificados na dimensão contexto não estão alinhados com os procedimentos de operacionalização de criação e transferência de conhecimento no que se refere à adesão do cliente, foco deste estudo.

Assim, a estratégia de conhecimento prevê a fidelização do cliente sob a forma de adesão na continuidade do tratamento através do modelo ambulatorial. A operacionalização dos processos, por sua vez, demonstra falta de afinamento através da compartimentalização profissional, da variação entre a formalidade e a informalidade e através do distanciamento nas interações com os clientes quando da permanência do cliente na Unidade de Internação, prejudicando a continuidade no tratamento.

5.4 Resultados do Objetivo Geral: Criar e Transferir Conhecimento

Este estudo teve como objetivo geral identificar e analisar como ocorrem os processos de criação e transferência de conhecimento em uma organização hospitalar para promover a adesão ao tratamento por Síndrome Coronariana Aguda.

Os resultados sugerem que criar conhecimento evidencia-se nos relacionamentos informais com muitos componentes do conhecimento tácito, enquanto que os objetivos estratégicos pretendem que a prática profissional gire em torno da renovação dos protocolos. Já a transferência de conhecimento ocorre através de relações eminentemente assimétricas, altamente departamentalizadas, dificultando o processo, enquanto que o modo desejado é um equilíbrio de compartilhamento do conhecimento através do diálogo das especialidades, que possa proporcionar a ação e revitalização dos protocolos, tal como demonstrado no quadro 29.

	PROCESSO (O que ocorre)	CONTEXTO INTERNO (Intenção)
CRIAR CONHECIMENTO	Relacionamentos informais com aspectos do conhecimento tácito.	Renovação e oxigenação dos protocolos.
TRANSFERIR CONHECIMENTO	O conhecimento é transferido através de relações basicamente assimétricas e departamentalizadas.	Compartilhamento do conhecimento entre as especialidades, para revitalizar protocolos.

Quadro 29: Quadro sinóptico dos resultados do estudo

Fonte: Dados desta pesquisa

Deve-se atentar para o fato de que a prática operacional está fundamentada no modelo hospitalista, enquanto que a estratégia de conhecimento delineada embasa-se no modelo ambulatorial. Por si só, tais linhas de ação apresentam um grande *gap* entre si e quando comparadas em termos de ações práticas e de plano, observa-se o tamanho do desafio colocado por e para esta Instituição. Uma das possibilidades de preenchimento desta lacuna é através do compartilhamento do conhecimento, com o objetivo de balizar a formulação estratégica e o plano de ação (SVEIBY, 2001).

A figura 17 representa a proposta de entendimento deste estudo, explicitada anteriormente:

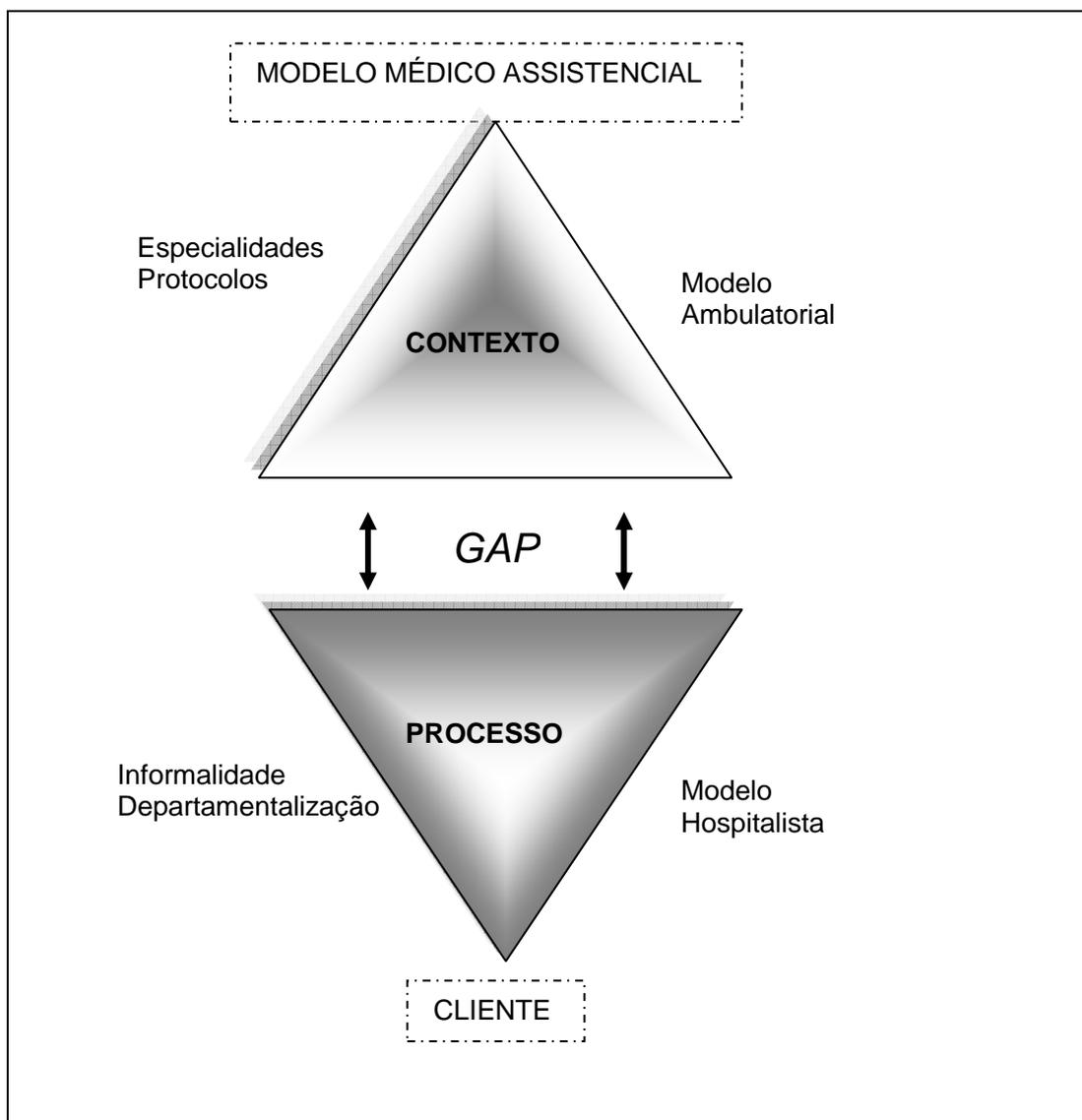


Figura 17: Representação da proposta de entendimento do estudo
Fonte: Dados desta pesquisa

Portanto, para que haja adesão do cliente como uma consequência da continuidade no tratamento, é preciso que a Instituição esteja apta para transferir conhecimentos ao cliente. Observou-se que a equipe de contato com o cliente está estruturada no modelo hospitalista, portanto, mesmo que o vínculo com o cliente seja estabelecido, haverá grandes dificuldades em mantê-lo, pois não há uma estrutura ambulatorial de acompanhamento do cliente em longo-prazo. Essa estrutura ambulatorial não existe na unidade vascular estudada, mas está

sendo montada como uma plataforma de atendimento de longo-prazo, ou seja, existe essa intenção.

A proposta de mudança estratégica do modelo ambulatorial para o hospitalista contempla uma transformação no entendimento do papel do cliente. No modelo hospitalista, em um ambiente altamente hierarquizado, o cliente é visto no ‘papel de paciente’. Paciente é a pessoa doente, resignada e conformada, que ‘espera serenamente um resultado’ e ainda que sofre ou é objeto de uma ação (FERREIRA, 1999). Portanto, a adesão do cliente depois da alta hospitalar fica comprometida, quando o modelo em que foram passadas as orientações está direcionado para alguém que espera pacientemente um resultado. Diante da gravidade de um evento vascular agudo em um cliente com doença crônica, é imprescindível uma postura ativa do cliente para colocar em ação mudanças comportamentais que lhe são vitais. As relações assimétricas verificadas no processo junto ao cliente corroboram tal entendimento.

Já no modelo ambulatorial, o cliente deve ser olhado no ‘papel de cliente’, empoderando-o na sua capacidade de decisão sobre a sua própria saúde e sobre as conseqüências de suas ações no que concerne à adesão do tratamento. Neste sentido, deve ser disponibilizada ao cliente uma estrutura para a continuidade do tratamento que é o modelo ambulatorial, na qual, se o cliente considerar os serviços satisfatórios, poderá ficar fidelizado. Para o atendimento de um cliente ativo, que julga os serviços, é preciso uma postura respeitosa no atendimento, em que o tratamento seja negociado nas interações com o cliente, de forma simétrica e igualitária. Somente assim, será possível um atendimento com verdadeira qualidade assistencial que promova integralmente a adesão do ‘cliente’ ao tratamento.

Como resultado teórico do estudo, fica explícita a intersecção entre a estratégia de conhecimento e o Modelo Médico Assistencial, tendo como elemento balizador o protocolo (ver figura 18).

A estratégia de conhecimento engloba criar e transferir conhecimento. Criar conhecimento no ambiente hospitalar envolve um contexto em que os relacionamentos possam compartilhar conhecimento tácito e explícito para a renovação e oxigenação dos protocolos. Transferir conhecimento, por sua vez, abrange o compartilhamento do

conhecimento entre as especialidades, como intenção estratégica, porém é necessário sobrepor à barreira da departamentalização profissional e, como seqüência, de relações assimétricas.

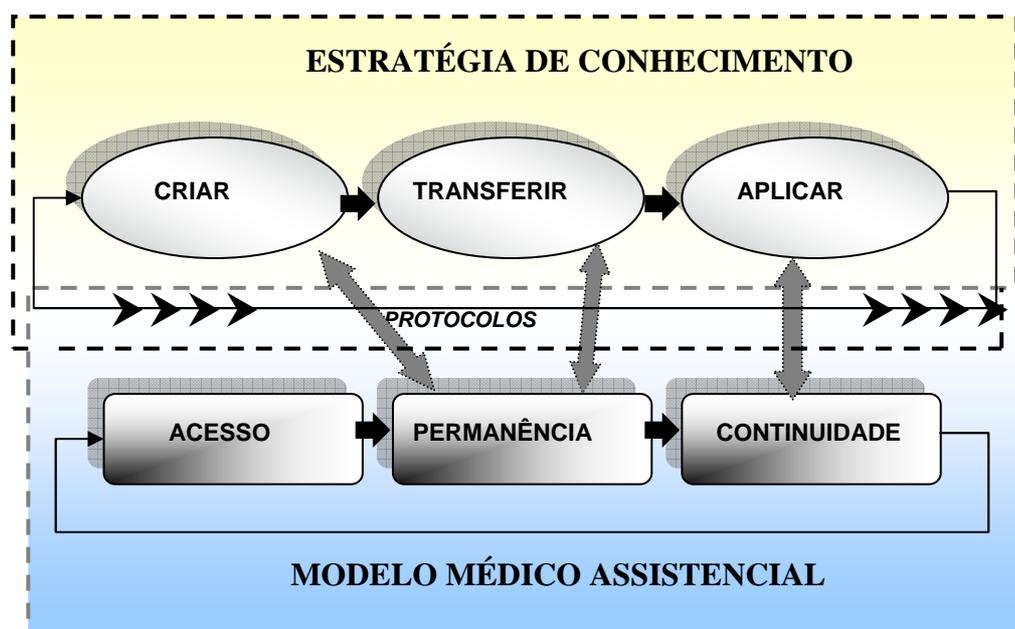


Figura 18: Representação do resultado teórico
Fonte: Dados desta pesquisa

A criação e transferência de conhecimentos dentro da organização hospitalar ocorrem basicamente através da renovação e atualização de protocolos clínicos, como um processo de aperfeiçoamento contínuo. A aplicação dos protocolos, bem como seus resultados para o cliente, indicam se a estratégia de conhecimento foi ou não bem sucedida. Paralelamente a isto, o Modelo Médico Assistencial, propõe o acesso, a permanência e a continuidade do tratamento do cliente na instituição, caracterizando o ciclo total de atendimento. O cliente passa pela experiência de atendimento no ciclo total amparado pela aplicação de protocolos atualizados e em constante aperfeiçoamento, o que lhe garante maior qualidade e segurança assistencial, tal como representado na figura 18.

O *lócus* em que os esforços para criar e transferir conhecimento, através do compartilhamento do conhecimento tácito e explícito, bem como entre as especialidades é a etapa de permanência do cliente no hospital. Ou seja, é quando o cliente está internado que se devem juntar esforços no sentido do aprendizado sobre as evidências coletadas para a constante melhoria dos protocolos. Ocorre que a aplicação deste conhecimento, que foi

transferido durante a permanência do cliente na unidade de internação, ocorrerá na etapa de continuidade do tratamento. Por isso, o vínculo estabelecido com o cliente, deve estar fortalecido, em favor da estratégia de conhecimento, pois somente assim será possível concretizar os reais resultados da criação e transferência do conhecimento ao cliente. A consequência da mensuração dos resultados no cliente fomentará, assim, um ciclo contínuo de crescimento do conhecimento.

Assim, a intersecção analítica entre a estratégia de conhecimento e do Modelo Médico Assistencial, mostra-se útil para o entendimento do impacto que as políticas de adesão (intenção) representam ao contexto interno e como consequência ao processo da prática de criar, transferir e aplicar conhecimento. A implementação estratégica ocorre na ação dos profissionais juntamente ao cliente gerando o constante *feedback* da aplicação do conhecimento, através da mensuração e controle na continuidade do tratamento. Tal procedimento de verificação proporciona um ponto de contato para constante avaliação de como os profissionais estão colocando em prática a criação e transferência de conhecimento, através do monitoramento dos resultados juntamente aos clientes na etapa da continuidade do tratamento. O que representa uma evolução tanto do Modelo Médico Assistencial, quanto da estratégia de conhecimento, gerando como consequência, melhores serviços ao cliente, através do avanço do conhecimento.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A metodologia utilizada para se atingir aos objetivos foi um estudo qualitativo, exploratório, através da estratégia de investigação do estudo de caso. Este estudo demonstrou que são necessárias mudanças na estrutura do atendimento para o enfrentamento das altas taxas de morbimortalidade causadas pelas doenças crônicas. Para a oportunização da continuidade ao tratamento, todo o potencial do conhecimento existente deve ser capitalizado para benefício do cliente, acarretando um enorme esforço tanto institucional, como individual, grupal e organizacional de mudança paradigmática no que se refere à cultura e à estrutura. Portanto, pode-se considerar que este estudo atingiu a todos os objetivos propostos.

Uma das contribuições desta pesquisa foi demonstrar para as pessoas que fazem a gestão (contexto) o que ocorre na prática (processo) no que concerne à adesão, bem como, evidenciar as políticas institucionais e planos para o pessoal que operacionaliza o serviço juntamente ao cliente. Assim, podem-se fomentar ações para que os planos estratégicos possam estar mais alinhados com a prática e para que o pessoal que operacionaliza o serviço possa estar ciente dos objetivos, metas e planos institucionais.

Os resultados da pesquisa demonstraram, ainda como contribuição, que a gestão do conhecimento, além de auxiliar na compreensão do entendimento estrutural da Instituição, pode fomentar ações no sentido de gerar valor ao negócio, através da exploração de todo o potencial dos conhecimentos existentes.

Quando o pesquisador acompanha a organização por longo período de tempo parece que a organização está sendo feita, se acompanhá-la por curto período, os resultados sugerem que já existe uma organização (WEICK, 1973, p.16). Para este estudo, considera-se que a organização foi acompanhada por um período curto de tempo, uma vez que ela tem 29 anos de existência. Em outras palavras, sabemos que os resultados sugerem que a organização estudada é assim como foi aqui apresentada, porém deve-se compreender, neste estudo, que ela encontra-se assim nesta leitura transversal.

O enfoque do problema ora apresentado, bem como as análises realizadas, não aspiram ser esgotadas, mas pode-se fomentar **futuras pesquisas** a partir dos resultados encontrados, tais como descritas a seguir:

- 1) Fica como sugestão, o estudo da gestão do conhecimento na área da saúde com enfoque de estratégias de conhecimento em outras especialidades, e a comparação entre os resultados. A importância de estudos sob este enfoque revela-se nos resultados esclarecedores em que as organizações baseadas em conhecimento podem se beneficiar.
- 2) Outra sugestão, é a realização de pesquisa comparativa entre os dados encontrados neste estudo e em estudos nacionais similares a este e de outra instituição internacional que apresente os mesmos objetivos. O objetivo seria comparar como as instituições criam e transferem conhecimentos para fomentar a adesão ao tratamento de seus pacientes, verificando os gaps existentes entre elas, analisando a cultura e o contexto em que estão inseridas.
- 3) A pesquisa do efetivo resultado dos relacionamentos, interações e de todo o serviço prestado pelo hospital é outro estudo passível de se fazer tanto de forma quantitativa, quanto qualitativa. Portanto, para a continuidade deste estudo, pode-se perseguir objetivos como a percepção do serviço pelo cliente, bem como o sentido que ele faz da sua experiência.
- 4) Pesquisas no setor público de saúde devem mostrar resultados interessantes quanto a criação e transferência de conhecimento para adesão, diante da diversidade de contexto, processos e estrutura de tais ambientes. Sugere-se que pesquisas em instituições públicas sejam realizadas e que os resultados possam ser comparados.

Devido à ocorrência de diversos fatores, este estudo encontrou as **limitações** explicitadas a seguir:

1) Os estudos de base qualitativa apresentam impossibilidade de generalização das conclusões encontradas por se basear em um caso único, porém podem ser “generalizáveis a proposições teóricas e não a populações ou universos”. (YIN, 2001, p. 29). No caso desta pesquisa, partiu-se de categorias extraídas do referencial teórico, para a busca de evidências na unidade de análise, o qual foi utilizado como embasamento para as inferências realizadas, conferindo alguma segurança às conclusões encontradas.

2) O assunto de criar e transferir conhecimento nas organizações mostra-se complicado por si e, quando aplicado no ambiente hospitalar, caracterizado por estar inserido em um ambiente de incertezas, a complexidade inerente ao tema e ao contexto se multiplicam. Por isso, uma das limitações deste estudo, é o distanciamento entre a área da administração e a área da saúde, pois foram evidenciados entendimentos totalmente diferentes sobre vários aspectos das atividades e planos estudados na unidade de análise. Assim, observou-se a necessidade de maior aproximação entre estas áreas, em trabalhos transdisciplinares como este, para fomentar a construção de conhecimento útil e necessário para ambas as disciplinas.

3) Outra limitação diz respeito à coleta de dados da Unidade de Internação, pois foi realizada totalmente no andar destinado aos pacientes cardiopatas da Instituição (quinto andar). Por isso os achados da dimensão processo não podem ser generalizados para as outras Unidades de Internação, mas podem ser tomados como balizadores em futuras pesquisas.

4) Não se pesquisou o resultado da adesão nos clientes, ou seja, o efetivo resultado dos relacionamentos, interações e de todo o serviço prestado pelo hospital não fora averiguado.

5) O estudo centrou-se em uma instituição privada, desconsiderando as instituições públicas e suas características.

Deve-se salientar que entre todos os sujeitos que participaram da pesquisa, entrevistados e observados, independente no nível hierárquico, demonstraram uma boa

vontade surpreendente e uma sinceridade e paciência admirável para com a pesquisa. Isto, por si só, demonstra que esta Instituição é formada por pessoas realistas o suficiente para deparar-se com seus problemas, externalizá-los e idealistas o bastante para ter coragem de se engajar em mudanças monumentais.

7 REFERÊNCIAS

ABDULLAH, Mohd S., **KIMBLE**, Chris, **BENEST**, Ian, **PAIGE**, Richard. Knowledge-based systems: a re-evaluation. **Journal of Knowledge Management** Vol. 10, no. 3, p. 127-142, 2006

ABREU, Flávio Cardozo; **GONÇALO**, Claudio; **SOUZA**, Yeda Swirski de Aprendizagem e Criação de Conhecimento em Incubadoras. RPA Brasil (Maringá), v. 3, p. 5-18, 2007.

ACKERMANN, Fran; **WALLS**, Lesley; **VAN DER MEER**, Robert and **BORMAN M.** Taking a strategic view of BPR to develop a multi-disciplinary framework.. **Journal of the Operational Research Society** 50 (3) pp. 195-204, 1999

ALAVI, Maryan. Review: Knowledge Management and Knowledge Management Systems: conceptual foundations and research issues. **MIS Quarterly** Vol 25, n.1, march 2001.

ALBRECHT, Karl. **Revolução nos serviços** : como as empresas podem revolucionar a maneira de tratar os seus clientes. 4. ed. São Paulo: Pioneira, 1992.

ALLEE, Verna. Reconfiguring the value network. **The Journal of Business Strategy**. Boston: Vol.21, Iss. 4; pg. 36, 4 pgs. Jul/Aug 2000.

ALLEE, Verna. **The knowledge evolution**: expanding organizational intelligence. Boston: Butterworth-Heinemann, 1997.

ANDREWS, K. R. **The concept of corporate strategy**. Homewood, IL: Richard D. Irwin, 1965.

ANTAKI, C., **BARNES**, R., & **LEUDAR**, I. Diagnostic formulations in psychotherapy. **Discourse Studies**, 7(6), 627-647., 2005.

ANVISA. Acreditação: a busca pela qualidade nos serviços de saúde. Informes Técnicos Institucionais. **Revista de Saúde Pública**. 38 (2), p. 335-6, 2004.

BANSAL, Mohan. Knowledge management: capitalizing a hospital's assets. **Express Healthcare Management**. India's first newspaper for the health care business. Issue 01-15 Sep 2001. Disponível em: <<http://www.expresshealthcaremgmt.com/20010915/editorial2.htm>> Acesso em 26 de janeiro de 2008.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977

BASSAN R, PIMENTA L, LEÃES PE, TIMERMAN A. Sociedade Brasileira de Cardiologia I Diretriz de Dor Torácica na Sala de Emergência **Arq Bras Cardiol**; 79 (supl II): 1, 2002

BESTHOME. Mãe de Deus: administração consolidada. **BestHome**, Porto Alegre, 14ª. Edição. Ago-set-out 2007

BOLTON, Hugh. Why take a best practices approach? In: **Breakthrough Customer Service**. Toronto: John Wiley & Sons Canada, Ltd., Edited by Stanley A. Brown, 1997

BUKOWITZ, Wendi R., WILLIAMS, Ruth L. **Manual de Gestão do Conhecimento**. Porto Alegre: Bookmann, 2002.

CANONGIA, Claudia; PEREIRA, Maria; MENDES, Cristina; ANTUNES, Adelaide. Mapeamento de Inteligência Competitiva (IC) e de Gestão Do Conhecimento (GC) no Setor Saúde. Enc. Bibli: **R. Eletr. Bibliotecon. Ci. Inf.**, Florianópolis, n. esp., 1º sem. 2004.

CAPRARA, Andrea; RODRIGUES, Josiane. Asymmetric doctor-patient relationship: rethinking the therapeutic bond. **Ciênc. saúde coletiva** , Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, 2004

CAR, M.R.; PIERIN, A.M.G.; AQUINO, V.L.A. Estudos sobre a influência do processo educativo no controle da hipertensão arterial. **Revista Escola de Enfermagem USP**. V. 25 p. 259-269, 1991.

CARVALHO, Maristela. A polifarmácia em idosos no município de São Paulo: Estudo SABE. Dissertação do Programa em Saúde Pública – Faculdade de Saúde Pública – USP, São Paulo, 2007.

CARLZON, Jan. Moments of Truth. **Industry Week**. Jul 27, .Vol.234,Iss.2;p.40, 3p. 1987.

CHANDLER JR., A. D. **Strategy and structure**: chapters in the history of the american industrial enterprise. Cambridge: MIT Press, 1962.

CHOO, Chun Wei. **A organização do conhecimento** : como as organizações usam a informação para criar significado, construir conhecimento e tomar decisões. São Paulo: SENAC, 2003.

COLAUTO, Romualdo D., BEUREN, Ilse M. Proposta para avaliação da gestão do conhecimento em entidade filantrópica: o caso de uma organização hospitalar. **RAC**, v. 7, n.4, 163-185, Out/dez 2003

COLLIS, Jill; HUSSEY, Roger. **Pesquisa em Administração**: um guia prático para alunos de graduação e pós-graduação. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

CORPO CLÍNICO. Gestão: novo modelo de desenvolvimento. **Informativo Bimestral do corpo clínico Mãe de Deus.** Ano V, n.26, ago/set 2006.

CORRÊA, Henrique Luiz; **CAON,** Mauro. **Gestão de serviços:** lucratividade por meio de operações e de satisfação dos clientes. São Paulo: Atlas, 2002.

COSTA, Marco Antonio F. da; **COSTA,** Maria de Fátima B. da. **Metodologia da pesquisa:** conceitos e técnicas. Rio de Janeiro: Interoência, 2001.

COURTNEY, Hugh. Making the most of uncertainty. **McKinsey Quarterly,** Issue 4, p38-47, 10p, 2001.

DAVENPORT, Thomas H., **GROVER,** Varun. Knowledge Management. **Journal of Management Systems,** Vol. 18, Iss. 1, Summer 2001

DAVENPORT, Thomas H.; **PRUSAK,** Laurence. **Conhecimento empresarial:** como as organizações gerenciam o seu capital intelectual. Rio de Janeiro: Campus, 1998.

DEMO, Pedro. **Metodologia do Conhecimento Científico.** São Paulo: Atlas, 2000.

DREW, Paul. Comparative analysis of talk-in-interaction in different institutional settings: a Sketch *In:* **GLENN,** P. ;**LeBARON,** C & **MANDELBAUN J.** (Eds) **Studies in language and social interaction.** Mahwah. NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 2003.

DRUCKER, Peter F.; O Advento da Nova Organização. *In:* **DRUCKER,** Peter F. **NONAKA,** Ikujiro; **GARVIN,** David A.; **ARGYRIS,** Chris et al. **Gestão do conhecimento.** (Harvard Business Review Book) 4. ed. Rio de Janeiro: Campus, 2001. 205 p.

DRUCKER, Peter Ferdinand. **Inovação e espírito empreendedor:** entrepreneurship, prática e princípios. São Paulo: Thomson, 2005.

EDEN, Colin; **ACKERMANN,** Fran. **Making Strategy:** the journey of strategic management. London: Sage Publications, 1998.

EISENHARDT, K. Building theories from case study research. **Academy of Management Review,** v. 14, n. 4, p. 532-550, 1989

FAYARD, Pierre. Comunidades Estratégicas de Conhecimento: uma proposta ocidental para o conceito japonês de *Ba*. **Revista Famecos,** Porto Alegre, no. 21, agosto 2003.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo dicionário da língua portuguesa.** 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986-1999.

FITZSIMMONS, James A.; **FITZSIMMONS,** Mona J. **Administração de serviços :** operações, estratégia e tecnologia de informação. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2000.

FLICK, Uwe. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.

FONSECA, Valéria Silva da. **Além da escolha racional: Exame do conceito de estratégia organizacional a partir de três perspectivas contemporâneas**. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, 2001

GAP - Guidelines Applied in Practice. **JACC**, November 15, Volume 46, nº10 (Supplement B), 2005

GARFINKEL, H. **Studies in ethnomethodology**. Englewood Cliffs, Prentice Hall, 288 p. 1967.

GIANESI, Irineu G. Nogueira; **CORRÊA**, Henrique Luiz. **Administração estratégica de serviços : operações para a satisfação do cliente**. São Paulo: Atlas, 1996

GIL, Antonio C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002

GILL, Virginia T., **MAYNARD**, Douglas W. On “labeling” in actual interaction: delivering and receiving diagnoses of developmental disabilities. **Social Problems**, Vol. 42, No. 1, February 1995.

GIMENEZ, Fernando A.P., **PELISSON**, Cleufe; **KRÜGER**, Eugenio; **HAYASHI JR.**, Paulo. Estratégia em pequenas empresas: uma aplicação do modelo de Miles & Snow. **RAC**, v. 3, 1999.

GOETHE, Johann Wolfgang von. **Fausto**. 3. ed. Belo Horizonte: Villa Rica, 1991. 457 p.

GOFFMAN, Erving. "On Face-Work: An Analysis of Ritual Elements in Social Interaction." **Psychiatry: Journal for the Study of Interpersonal Processes**, v. 18, 1955. p. 213-231.

GONÇALO, Cláudio Reis. Barreiras Cognitivas: uma perspectiva decisiva para promover estratégias de conhecimento no desempenho da atividade organizacional. **Produto & Produção**, vol.8, n.2, p.25-36, jun.2005.

GONÇALO, Claudio Reis. Modelo das Barreiras Cognitivas para o Uso da Inteligência Organizacional através de Estratégias de Conhecimento. Tese de Doutorado, PPGEP, Universidade Federal Santa Catarina, 2004.

GONÇALO, Cláudio R., **LEZANA**, Álvaro G.R. Estratégia de conhecimento organizacional: desenvolvendo uma concepção gerencial. XXIII ENEGEP - Ouro Preto, MG, Brasil, 22a 24 de outubro de 2003.

GONÇALVES, F.P.D., **MARINHO**, P.E.M., **MACIEL**, M.A., **GALINDO FILHO VC**, **DORNELAS DE ANDRADE**, A. Avaliação da qualidade de vida pós-cirurgia cardíaca na Fase 1 da reabilitação através do questionário MOS SF-36. **Rev. Bras. Fisioter.** Vol. 10, No. 1, 121-126, 2006.

GRANT, Robert M. Toward A Knowledge-Based Theory Of The Firm. **Strategic Management Journal** (1986-1998); 17, Winter Special Issue, pg. 109, Winter 1996

GRANT, Robert M. The Resource-Based Theory of Competitive Advantage: Implications for Strategy Formulation **California Management Review**. Berkeley: Vol.33, Iss. 3. Spring 1991.

GROVER, Varun; **DAVENPORT**, Thomas H. General perspectives on knowledge management: Fostering a research agenda. **Journal of Management Information Systems**; 18, 1; Summer 2001;

GUIMARÃES, Fernanda M. **Aplicação do Mapeamento Cognitivo como apoio à implementação de estratégias empresariais**: o caso de uma organização hospitalar. Dissertação do Programa de Pós Graduação em Administração e Negócios. PUCRS, 2007.

GUPTILL, Janet. Knowledge Management in Health Care. **Journal of Health Care Finance**. New York: Vol.31, Iss. 3; pg. 10, 5 pgs. Spring 2005

GUSMÃO, J.L.; **MION Jr.**, D. Adesão ao tratamento – conceitos. **Revista Brasileira de Hipertensão**. V. 13 (1), p.23-25, 2006.

HAAKANA, Markku. Laughter in medical interaction: from quantification to analysis and back. **Journal of Sociolinguistics**. vol. 6, n. 2, p.207-235, 2002.

HAIR Jr., J., **BABIN**, B.; **MONEY**, A.; **SAMOUEL**, P.; **Fundamentos de métodos de pesquisa em administração**. Porto Alegre: Bookman, 2005

HERITAGE, John, **MAYNARD**, Douglas. Introduction: analyzing interaction between doctors and patients in primary care encounters. In: **Communication in medical care**: interaction between primary care physicians and patients. Cambridge; Cambridge University, 2006. 488 p.

HMD- Hospital Mãe de Deus. **Estratégias de Marketing para o IMV**. Porto Alegre. Apresentação interna. , 2007.

_____. **Manejo da Dor Torácica na Sala de Emergência.** Protocolo. Disponível em http://www.maededeus.com.br/institutodemedicinavascular/01_ProtocoloDT_IMV.pdf Acesso em 20 de janeiro de 2008a.

_____. **Modelo de Cuidado Integral.** Porto Alegre, Procedimento Interno, 2004.

_____. **Relatório de Atividades Mãe de Deus - 2006.** Sistema de Saúde Mãe de Deus, 2006b. Disponível em http://www.maededeuscenter.com.br/abre_arquivo_geral.asp?tabela=Download&codigo=23 Acessado em: 19 de janeiro de 2008.

_____. **Sobre o IMV.** Disponível em <http://www.maededeus.com.br/institutodemedicinavascular/sobre.asp> Acesso em 21 de janeiro de 2008.

HUTCHBY, Ian; WOOFFITT, Robin. Conversation analysis: principles, practices and applications. Cambridge: Polity, 1998, 273 p.

IMESC – Instituto de Medicina Social de Criminologia de São Paulo. **Info drogas.** Disponível em: <http://www.imesc.sp.gov.br/infodrogas/tipoprev.htm>. Acesso em: 31 de janeiro de 2008.

JACQUES, Édison Jacques. Gestão estratégica da criação do conhecimento nas organizações hospitalares: um estudo baseado na construção de protocolos médico-assistenciais. Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Administração. Universidade do Vale do Rio dos Sinos, 2007.

_____. Unidades vasculares e a gestão das mudanças e inovações. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Rio Grande do Sul** - Ano XV nº 07 Jan/Fev/Mar/Abr 2006.

JAEGER, Cristiano P., RECH, Rafael L., SILVEIRA, Daniel SI, MANENTI, Euler R.F. Experiência da Criação de Unidade Vascular em Hospital Privado. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Rio Grande do Sul.** Ano XV nº 07 Jan/Fev/Mar/Abr 2006.

JARDIM, P.C.B.V.; JARDIM, T.S.V. Modelos de estudos de adesão ao tratamento anti-hipertensivo. **Revista Brás Hipertensão** V.13(1), p. 26-29, 2006.

KLEINMAN, Arthur, EISENBERG, Leon e GOOD, Byron. Culture, Illness and Care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. **Annals of Internal Medicine**, 88:251-8, 1978.

KROGH, George Von; ICHIJO, NONAKA, Ikujiro. Facilitando a criação do conhecimento: reinventando a empresa com o poder da inovação contínua. Rio de Janeiro: Campus, 2001.

KURTZ, Cynthia F. SNOWDEN, David J. The new dynamics of strategy: Sense-making in a complex and complicated world. **IBM Systems Journal.** .Vol.42, Iss. 3;p.462 Armonk: 2003

LADUKE, Bruce. Knowledge Creation: The Quest for Questions. **The Futurist**; Jan/Feb; 38, 1. 2004

LEVINSON, Stephen C. **Pragmatics**. 1. ed. Cambridge: Cambridge University, 1983. 420 p.

LEVITT, Theodore. Após a venda ter sido realizada. In: **SVIOKLA**, John J. & **SHAPIRO**, Benson, P. **Mantendo clientes**: Harvard business review book. São Paulo: Makron Books, 1995. p.41 – 55.

LIMA, Jualiano C., **FAVERET**, Ana C., **GRABOIS**, Victor. Planejamento participativo em organizações de saúde: o caso do Hospital Geral de Bonsucesso, Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(3):631-641, mar, 2006.

LOVELOCK, Christopher; **WRIGHT**, Lauren. Serviços marketing e gestão. São Paulo: Saraiva, 2001

LÜDKE, M; **ANDRÉ**, M. 1986. Pesquisa em Educação; Abordagens qualitativas – São Paulo: EPU, 1986.

MAIER, R. & **REMUS**, U. Defining Process-oriented Knowledge Management Strategies, Knowledge and Process Management, vol. 9, n2, pp. 103-118, 2002

MARQUÉS, Daniel P. & **SIMON**, Fernando J. G., 2006. The effect of knowledge management practices on firm performance. Journal of Knowledge Management Vol. 10 No. 3, 2006.

MARTIN, Valerie; **HATZAKIS**, Tally **LYCETT** Mark & **MACREDIE** Robert Cultivating knowledge sharing through the relationship management maturity model. **The Learning Organization**; 12, 4 ; 2005

MARTINS, Scheila C.O. Protocolo de atendimento dp AVC Isquêmico Agudo. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Rio Grande do Sul** - Ano XV nº 07 Jan/Fev/Mar/Abr 2006

MATTOS, Pedro L. A entrevista não estruturada como forma de conversação: razões e sugestões para sua análise. **Revista de Administração Pública – RAP**, v. 3, 2005.

MINAYO, M. C. S.; **SANCHES**, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro: v.9, n.3, p.239-262, 1993.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Terminologia Básica em Saúde**. 2ª. Edição. Série B. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987

MINTZBERG, Henry. Patterns in strategy formation. **Management Science**, v. 24, n. 9, p. 934-948, 1978.

MINTZBERG, Henry; **AHLSTRAND**, Bruce; **LAMPEL**, Joseph. **Safári de estratégia: um roteiro pela selva do planejamento estratégico**. Porto Alegre: Bookman, 2000.

MINTZBERG, Henry & **WATERS**, James 1985 Of Strategies, Deliberate and Emergent. **Strategic Management Journal** (pre-1986); 6, 3.Jul-Sep 1985.

MINTZBERG, Henry. Strategy formation schools of thought. In: **FREDRICKSON**, J. W. (Ed.). **Perspectives on strategic management**. Boston : Ballinger, 1990.

_____. The Strategy Concept I: Five Ps For **Strategy California Management Review**; 30, 1; pg. 11; Fall 1987

NONAKA, Ikujiro. The Knowledge-Creating Company. **Harvard Business Review**, July–August 2007.

NONAKA, Ikujiro A empresa criadora de conhecimento *In: DRUCKER*, Peter F. **NONAKA**, Ikujiro; **GARVIN**, David A.; **ARGYRIS**, Chris *et al.* **Gestão do conhecimento**. (Harvard Business Review Book) 4. ed. Rio de Janeiro: Campus, 2001.

NONAKA, Ikujiro; **KONNO**, Noboru. The concept of "ba": Building a foundation for knowledge creation. **California Management Review**; 40, 3; p. 40, Spring 1998;

NONAKA, Ikujiro; **TAKEUCHI**, H. **Criação de conhecimento na empresa**. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

NONAKA, Ikujiro; **TOYAMA**, Ryoko. The theory of the knowledge-creatin firm: subjectivity, objectivity and synthesis. **Industrial and Corporate Change**, Vol. 14, no. 3, p.419-436, 2005.

OSTERBERG, L.B.; **BLASCHKE**, T. Drug therapy: adherence to medication. **New England Journal of Medicine**. V. 353, p. 487-497, 2005.

ORDUNEZ, P.; **FERRER**, M.D.I.; **MUNOZ**, J.L.B.; **ESPINOSA-BRITO**, A. Cardiovascular disease and associated risk factors in Cuba: prospects for prevention and control. **American Journal of Public Health**. v. 96, p.94 – 102, 2006.

ORZANO, John; **TALLIA**, Alfred; **MCLNERNEY**, Claire et al. Strategies for developing a knowledge-driven culture in your practice. **Family Practice Management**, April, 2007. Disponível em www.aafp.org/fpm. Acesso em 16 de outubro de 2007.

OSTERMAN, Ana C. **SILVA**, Caroline R. **Parto e maternidade: profissionalização, assistência, políticas públicas**. In: Anais do VII Seminário Fazendo Gênero. Florianópolis: 28, 29 e 30 de setembro de 2006.

OSTERMANN, Ana C. Comunidades de prática: gênero, trabalho e face. *In: HEBERLE*, Viviane, **OSTERMANN**, Ana C., **FIGUEIREDO**, Débora. **Linguagem e Gênero: no trabalho, na mídia e em outros contextos**. Florianópolis: Editora da UFSC, 2006.

PARASURAMAN, A., ZEITHAML, Valarie A., BERRY, Leonard L. SERVQUAL: a multi-item scale for measuring consumer perceptions of the service quality. *Journal of Retailing*, Greenwich, v. 64, n. 1, p. 12-40, Primavera de 1988.

PATEL, Sandip. The role of the knowledge worker in customer care. In: **Breakthrough Customer Service**. Toronto: John Wiley & Sons Canada, Ltd., 1997, Edited by Stanley A. Brown

PERÄKYLÄ, Anssi. Communicating and responding to diagnosis In: **Communication in medical care: interaction between primary care physicians and patients**. Cambridge; Cambridge University, 2006. 488 p.

PESARO, Antonio; SERRANO JR, Carlos, NICOLAU, José. Infarto Agudo do Miocárdio - Síndrome Coronariana Aguda com Supradesnível do Segmento ST. **Rev Assoc Med Bras;** 50(2): 214-20, 2004

PETTIGREW, Andrew M. Context and action in the transformation of the firm. **Journal of Management Studies**, v.24, n.6, p. 649-670, Nov.1987.

_____. Longitudinal field research on change: theory and practice. **Organizational Science**, Providence, v. 1, n. 3, p. 267-292, august 1990.

_____. What is a processual analysis? **Scand. J. Management**, Vol. 13, nº 4, pp.337-348, 1997

PETTIGREW, Andrew M. & WHIPP, R. *Managing Change for Competitive Success*. Cambridge, Massachusetts: Blackwell Business, 1991.

PIERIN, A.M.G.; STRELEC, M.A.; MION JR. D. O desafio do controle da hipertensão arterial e a adesão ao tratamento. In: **PIERIN, A.M.G. (Coord) Hipertensão Arterial: uma proposta para o cuidar**. Barueri, SP: Malone, 2004.

POLANYI, Michael. *The Tacit Dimension*. Gloucester, Mass. Peter Smith, 1983.

PORTER, Michael, TEISBERG, Elizabeth O. *Repensando a Saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos*. Porto Alegre: Bookman, 2007.

PORTER, Michael E. *Competição: estratégias competitivas essenciais*. 9. ed. Rio de Janeiro: Campus, 2003. 515 p.

PRAHALAD, C. K., HAMEL, G. The core competence of the corporation. **Harvard Business**, 3: 79-91, May-June 1990.

PROBST, Gilbert; RAUB, Steffen; ROMHARDT, Kai. *Gestão do conhecimento: os elementos construtivos do sucesso*. Porto Alegre: Bookman, 2002.

RAND, C.S. Measuring adherence with therapy for chronic diseases: implications for the treatment of heterozygous familial hypercholesterolemia. **American Journal Cardiology**, Vol. 72(10), p. D68 – 74, 1993.

SARAIVA, Ernani V. **A Construção de Estratégia**: Estudo de Caso no Setor de Telefonia Móvel. In: **ENANPAD**, 2006, Salvador. Anais. Salvador: ANPAD, 2006.

SCHAUB, A.F., **STEINER**, A., **VETTER**, W. Compliance to treatment. **Clin and Exper Hypertension**. Vol. 15, p. 1121-1130, 1993.

SCOTT Cheryl M , **STRUDER** Quint . The impact of the consumer on healthcare delivery / Reply. . **Frontiers of Health Services Management**. Vol.19, Iss. 4; p.41, Summer 2003.

SEFERIN, Cláudio. **Saúde e Cidadania**: Adoção do Hospital pela Comunidade e da Comunidade pelo Hospital. Apresentação no 10º. **Congresso Latino-Americano de Serviços de Saúde e Jornadas de Gestão**, São Paulo, 2005. Disponível em www.sindhosp.com.br/hospitalar/claudioseferin.ppt. Acessado em 08 de janeiro de 2008.

SEGER, Karen. **A construção da normalidade em consultas pediátricas**. Dissertação (mestrado) Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Programa de Pós-Graduação em Linguística Aplicada, 2007.

SELL, Mariléia. **Identidades de gênero emergentes na fala-em-interação na negociação da esterilização**. Dissertação (mestrado) Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Programa de Pós-Graduação em Linguística Aplicada, 2007.

SILVERMAN, David. **Harvey Sacks**: social science and conversation analysis. New York: Oxford University Press, 1998

SNOWDEN, David. Complex acts of knowing: Paradox and descriptive self-awareness. **Journal of Knowledge Management**. Vol.6, Iss. 2; p.100, 2002

SBC -SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA . IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Cardiologia**. Volume 82, (suplemento IV), 2004,

SORJONEN, Marja **RAEVAARA**, Liisa, **HAAKANAM**, Markku **TAMMI**, Tuukka & **PERÄKYLÄ**, Anssi. Lifesyle discussions in medical interviews. In: **Communication in medical care**: interaction between primary care physicians and patients. Cambridge; Cambridge University, 2006. 488 p.

STABLEIN, Ralph. Dados em estudos organizacionais. In: **CLEGG**, Stewart, **HARDY**, Cynthia, **NORD**, Walter. **Handbook de Estudos Organizacionais**. São Paulo: Atlas, p. 63 – 88, 2001.

SVEIBY Karl E, A Knowledge-based Theory of the Firm to guide Strategy Formulation, **Journal of Intellectual Capital**, 2/4, 2001

SVEIBY, Karl-Erik. **Gestão do Conhecimento** – as lições dos pioneiros. Dezembro de 2001. Disponível em <http://www.sveiby.com/Portals/0/articles/Pioner.pdf>. Acessado em 29/10/07 as 16:52.

TERRA, José C.C., Reflexões sobre a evolução da gestão do conhecimento no Brasil. **Produto & Produção**. Vol 8, n.2, p.05-09, jun. 2005.

THEROUX P, Fuster V. Acute coronary syndromes: unstable angina and non q wave myocardial infarction. **Circulation** 97: 1195-206, 1998.

UN, C.A & **CUERVO-CAZURRA**, A. Strategies for Knowledge Creation in Firms. **British Journal of Management**, Vol. 15, p. 27–41, 2004

WALCZAK, Steven. Organizational knowledge management structure. **The Learning Organization**; 12, 4, 2005

WALKER, Denis. **O cliente em primeiro lugar** : O atendimento e a satisfação do cliente como uma arma poderosa de fidelidade e vendas. 1. ed. São Paulo: Makron, 1991.

WEICK, Karl E. **A psicologia social da organização**. São Paulo: Edgard Blücher, 1973

WEICK, Karl E. **Sensemaking in organizations**. Thousand Oaks: SAGE, 1995.

WEICK, Karl.; **WESTLEY**, F. Aprendizagem organizacional: confirmando um oxímoro. In: **CLEGG**, S., **HARDY**, C., **NORD**, W. **Handbook de Estudos Organizacionais**: ação e análise organizacionais. Vol. 3. São Paulo: Atlas, 2004.

WIIG, K.M. Integrating Intellectual Capital and Knowledge Management, **Long Range Planning**, Vol.30, No.3, pp399-405, 1997

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Adherence to Long-term Therapies**. Evidence for action. Nonserial publication, 2003.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Chronic diseases and health promotion**. Disponível em <http://www.who.int/chp/en>, acesso em dezembro/2006.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The future of CVD**. Disponível em http://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/cvd_atlas_25_future.pdf, acesso em março/2007.

WILLIAMS, Roy Narratives of knowledge and intelligence... beyond the tacit and explicit. **Journal of Knowledge Management** Vol. 10, no. 4, p. 81-99, 2006

YAMAMOTO, Edson. **Os novos médicos administradores**. São Paulo: Futura, 2001.

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

ZACK, M.H. Developing a knowledge strategy. **California Management Review**, v.41, n.3, spring 1999.

ZANELLI, José C. Pesquisa qualitativa em estudos de gestão de pessoas. **Estudos de psicologia**. Vol. 7 (Número Especial), p. 79-88, 2002.

GLOSSÁRIO

Adesão – Grau em que o comportamento de uma pessoa – tomar medicação, seguir uma dieta e/ou executar mudanças no estilo de vida, corresponde e concorda com as recomendações do profissional de saúde (WHO, 2003, p. 17).

Ambulatório – Local onde se presta assistência a clientes, em regime de não internação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1987).

Cardiopata – Pessoa que sofre de afecção no coração (FERREIRA, 1999).

Diretriz – Documentos sistematicamente desenvolvidos por órgãos médicos competentes (JACQUES, 2007).

Hospital – estabelecimento de saúde destinado a prestar assistência sanitária em regime de internação, a uma determinada clientela, ou de não internação, no caso de ambulatório ou outros serviços (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1987).

Morbimortalidade – Capacidade de produzir doença e/ou morte em indivíduo ou grupo de indivíduos (FERREIRA, 1999).

Prevenção secundária – quaisquer atos destinados a diminuir a prevalência de uma doença numa população reduzindo sua evolução e duração (IMESC, 2008).

Polifarmácia - Uso de quatro ou mais medicamentos (CARVALHO, 2007).

Protocolo – Instrumentos elaborados a partir das diretrizes clínicas das especialidades, e representam repositórios renováveis de conhecimento (JACQUES, 2007).

Síndrome coronariana aguda – Síndrome causada por obstrução coronariana, podendo manifestar-se com quadros clínicos diversos, tais como angina instável, infarto agudo do miocárdio ou morte súbita (THEROUX & FUSTER, 1998).

Unidade de Internação – conjunto de elementos funcionalmente agrupados, onde são executadas tarefas de internação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1987)

APÊNDICE

APÊNDICE 01 – Questionário I: Dimensão Contexto Interno

Questionário para entrevistas com representantes da administração (direção e gestores da Instituição e do Instituto).

- a) Como a adesão do paciente ao tratamento por síndrome coronariana aguda pode contribuir para a Instituição (WIGG, 1997)?
- b) Quando o paciente tem adesão ao tratamento agrega que tipo de valor ao negócio? Como? Quais as condições para o hospital ter retorno? (WIGG, 1997)
- c) Como a Instituição usa seu conhecimento para melhorar a adesão do paciente que sofreu síndrome coronariana aguda ao tratamento? Quais as abordagens e atividades que agregam valor ao negócio? (MAIER E REMUS 2002)
- d) Como o conhecimento necessário para propiciar a adesão do cliente ao tratamento é reunido? (BUCKOWITZ, 2002)
- e) Como o conhecimento passa do nível individual, para o grupal e para o organizacional? (ALAVI, 2001)
- f) As pessoas (médicos e equipe) conseguem passar o que conhecem da sua experiência entre si e para os clientes? (ALAVI, 2001)
- g) Como é feita a comunicação para transferir conhecimento para o cliente? (ALAVI, 2001)
- h) Há um fluxo de informação entre indivíduos, grupos e a organização para transferir conhecimento? (ALAVI, 2001)
- i) Como a Instituição valoriza/ controla se o conhecimento para o paciente está sendo tratado da forma correta? (GONÇALO & LEZANA, 2003)
- j) Como o conhecimento é armazenado? Ou seja, há cuidados para que ele não se perca? Quais? (ALAVI, 2001)
- k) A Instituição procura/ pesquisa outro conhecimento que possa proporcionar mais sucesso na adesão ao tratamento (GONÇALO & LEZANA, 2003)
- l) O resultado da adesão ao tratamento ajuda a orientar o gerenciamento interno dos processos relativos à adesão? (MAIER & REMUS, 2002)
- m) A Instituição proporciona/ favorece/estimula condições que ajudam a criar conhecimento como facilitar relacionamentos e conversas entre a equipe? (VON KROG, 2001)

APÊNDICE 02 – Questionário II: Dimensão Processo

Questionário para entrevistas com representantes dos profissionais que operacionalizam o trabalho na Unidade de Internação.

- a) Como é feita a comunicação para transferir conhecimento dentro da equipe de profissionais? (CHOO, 2003; WEICK, 1995; NONAKA & TAKEUCHI, 1997)
- b) Como é a interação social dentro da equipe de profissionais? (CHOO, 2003; WEICK, 1973)
- c) Como é feita a comunicação para transferir conhecimento para o cliente? (WEICK, 1995; CHOO, 2003; NONAKA & TAKEUCHI, 1997; LOVELOCK & WRIGHT, 2001; CORRÊA & CAON, 2002)
- d) Quais os principais processos utilizados com o cliente durante a internação que favorecerão que ele tenha adesão ao seu tratamento? (NONAKA & TAKEUCHI, 1997; CHOO, 2003)
- e) Há uma sistematização sobre o que é comunicado para o cliente para que tenha adesão ao seu tratamento? Como? Por que? (NONAKA & TAKEUCHI, 1997; CHOO, 2003)
- f) Há aprendizado na experiência através do contato direto com os clientes? Como? Por que? (NONAKA & TAKEUCHI, 1997; CHOO, 2003; WEICK, 1973)

APÊNDICE 03 -- Termo De Consentimento Livre E Esclarecido

- 1- Título do projeto: *GESTÃO DO CONHECIMENTO E SAÚDE: um estudo sobre a adesão ao tratamento da Síndrome Coronariana Aguda*
- 2- Esta pesquisa tem por objetivo: Identificar e analisar como estratégias de gestão do conhecimento podem influenciar nos resultados da adesão ao tratamento prescrito após internação por síndrome coronariana aguda.
- 3- Os procedimentos que serão realizados são os seguintes:
 - Aplicação do teste *Mini Mental State Examination* ou Mini Exame do Estado Mental (MEEM) para avaliar o nível de cognição quanto à orientação no tempo, local, atenção, etc.
 - Aplicação do questionário de pesquisa sobre adesão.
 - Realização de entrevista em forma de narração da história da adesão pelo cliente ou realização de grupos de foco para compreender que sentido você constrói de sua adesão ao tratamento.
- 4- Para a realização dos procedimentos especificados acima, solicitamos um pouco do seu tempo para responder às pesquisas e para as entrevistas e/ou interação com grupo de pacientes.
- 5- Ao participar deste estudo você estará contribuindo para que você e outros pacientes possam receber melhores informações sobre a adesão.
- 6- Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é Cláudio Reis Gonçalo que pode ser encontrado no endereço Av. Unisinos, 950 Bairro Cristo Rei em São Leopoldo sob telefone (51) 35911100. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Hospital Mãe de Deus.
- 7- É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na Instituição; Direito de confidencialidade – As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros pacientes, não sendo divulgado a identificação de nenhum paciente.
- 8 - Você tem o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores;
- 9- Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.
- 10- Em caso de dano pessoal, diretamente causado pelos procedimentos ou tratamentos propostos neste estudo (nexo causal comprovado), o participante tem direito a tratamento médico na Instituição, bem como às indenizações legalmente estabelecidas.
- 11 -O pesquisador assume o compromisso de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo *GESTÃO DO CONHECIMENTO E SAÚDE: um estudo sobre a adesão ao tratamento da Síndrome Coronariana Aguda*.

Eu discuti com o pesquisador Cláudio Reis Gonçalo sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o

meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

----- Assinatura do paciente/representante legal

Data / /

----- Assinatura da testemunha

Data / /

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Cláudio Reis Gonçalo Data / /

APÊNDICE 04 – Inserção da Pesquisadora na Unidade de Análise

	Mês / Ano	Objetivo da visita	Tempo
1	Abril/2006	Estruturação de Edital	2hs
2	Abril/2006	Estruturação de Edital	2hs
3	Maio/2006	Estruturação de Edital	3hs
4	Maio/2006	Estruturação de Edital	3hs
5	Agosto/2006	Apresentação proposta de Edital	2hs
6	Setembro/2006	Reunião sobre projeto QUASCAA	2hs
7	Janeiro/2007	Apresentação idéia pré-projeto de mestrado	1h
8	Abril/2007	Ajustes do projeto de pesquisa para o Comitê de Ética em Pesquisa do HMD (CEP-HMD)	2hs
9	Maio/2007	Reunião sobre acertos da pesquisa	3hs
10	Maio/2007	Finalização e entrega do projeto ao CEP-HMD	1h
11	Junho/2007	Aprovação do projeto no CEP-HMD	1h
12	Agosto/2007	Reunião sobre acertos e início da pesquisa	2hs
13	Agosto/2007	Reunião sobre acertos e início da pesquisa	2hs
14	Agosto/2007	Reunião sobre acertos e início da pesquisa	3hs
15	Agosto/2007	Reunião Geral sobre as pesquisas de mestrado da UNISINOS	2hs
16	Setembro/2007	Reunião para início da pesquisa	3hs
17	Setembro de 2007	Início da pesquisa	3hs
18	Setembro/2007	Reunião para início da pesquisa	3hs
19	Setembro/2007	Reunião defesa de projeto sobre SCA	2hs
20	Outubro/2007	Início da pesquisa – familiarização e observação	6 hs
21	Outubro/2007	Familiarização e observação	5 hs
22	Outubro/2007	Observação da rotina IMV	3 hs
23	Outubro/2007	Familiarização e observação	4hs
24	Outubro/2007	Familiarização e observação	4hs
25	Outubro/2007	Familiarização e observação	5hs
26	Outubro/2007	Reunião pesquisa	2hs
27	Outubro/2007	Entrevistas com estagiários	4hs
28	Novembro/2007	Capacitação estagiários	2hs
29	Novembro/2007	Familiarização e observação	4 hs
30	Novembro/2007	Entrevista Reunião sobre andamento dos trabalhos de pesquisa	4hs
31	Novembro/2007	Observação da rotina IMV	3 hs
32	Novembro/2007	Entrevista	2 hs
33	Novembro/2007	Entrevistas	2 hs
34	Novembro/2007	Entrevistas	4 hs
35	Dezembro/2007	Entrevistas	3 hs
36	Dezembro/2007	Entrevistas	3 hs
37	Dezembro/2007	Observação alta de um paciente	3 hs
38	Dezembro/2007	Entrevista	2 hs
39	Dezembro/2007	Entrevistas	2 hs
40	Dezembro/2007	Entrevistas Observação IMV	12 hs
41	Janeiro/2008	Entrevista	1 h
42	Janeiro/2008	Observação/ Reunião	4 hs
43	Janeiro/2008	Observação/ orientações à paciente	5 hs
Total 43 visitas			131hs

APÊNDICE 05 – Publicações Realizadas Durante o Período do Mestrado

Artigos aprovados:

1.GONÇALO, Cláudio R., **BORGES**, Maria L. Knowledge strategies in health services: an analytic framework to promote adherence management to the treatment of chronic heart disease. *In: 24th EGOS Colloquium 'Upsetting Organizations' in Amsterdam*, July 10-12, 2008

2.REYES JUNIOR, **BORGES**, M. L.; **KLOPSCH**, C. F . Análisis de la Estructura Formal e Informal de las Organizaciones: La Comparación entre la Percepción del Conocimiento Técnico y Organizacional. **Redes**. Revista hispana para el análisis de redes sociales. (Trabalho convidado)

Artigos completos publicados em periódicos:

1.BORGES, M. L. ; **REYES JUNIOR**, E. ; **PERUCIA**, A. S.. Condicionantes Individuais da Confiança Entre Membros nas Redes Interorganizacionais.. **Revista de Administração e Ciências Contábeis do IDEAU**, v. 1, p. 61-77, 2006.

Trabalhos completos publicados em anais de congressos:

1.REYES JUNIOR, ; **BORGES**, M. L.. **Comparação das Características de Confiança em Diferentes Redes da SEDAI - RS**. *In: XXXI Encontro da ANPAD - EnANPAD*, 2007, Rio de Janeiro - RJ. Anais do XXXI Encontro da ANPAD - EnANPAD, 2007.

2.REYES JUNIOR, **BORGES**, M. L.. **O Impacto do Tempo de Rede na Confiança Entre Membros nas Redes do SEDAI/RS**. *In: XXVII ENEGEP - Encontro Nacional de Engenharia de Produção*, 2007, Foz do Iguaçu. Anais do XXVII - Encontro Nacional de Engenharia de Produção. Rio de Janeiro : ABREPO, 2007.

3.SCHMITZ, T.; **BORGES**, M. L.. **Reflexões a Cerca da Educação a Distância: Construindo a Identidade ao Professor Tutor na Universidade Do Vale Do Rio Dos Sinos (Unisinos)**. *In: III Congresso Internacional de Qualidade em Educação a Distância*, 2007, São Leopoldo- RS. Anais do III Congresso Internacional de Qualidade em Educação a Distância, 2007.

4.REYES JUNIOR, **BORGES**, M. L. . **Las Relaciones Sociales de Turmas de Grado y Postgrado y sus Impactos Académicos**. *In: I Reunión Latinoamericana de Redes Sociales*, 2007, La Plata - AR. Resúmenes de la I. Reunión Latinoamericana de Redes Sociales. La Plata : Universidad Nacional de La Plata, 2007.

5.REYES JUNIOR, E.; **BORGES**, M. L.; **KLOPSCH**, C. F . **Análisis de la Estructura Formal e Informal de las Organizaciones: La Comparación entre la Percepción del Conocimiento Técnico y Organizacional**. *In: I. Reunión Latinoamericana de Redes*

Sociales, 2007, La Plata. Resúmenes de la I. Reunión Latinoamericana de Redes Sociales. La Plata : Universidad Nacional de La Plata, 2007.

6.REYES JUNIOR, E.; BORGES, M. L.; PERUCIA, A. S. . O Impacto da Confiança na Satisfação e na União Entre os Membros nas Redes Interorganizacionais da (SEDAI/RS). *In:* 4º Congresso do Instituto Franco-Brasileiro de Administração de Empresas IFBAE, 2007, Porto Alegre. Anais do 4º Congresso do Instituto Franco-Brasileiro de Administração de Empresas IFBAE. Porto Alegre, 2007.

7.REYES JUNIOR, BORGES, M. L.; PERUCIA, A. S.; SEGHEISIO, E. P. Validação de Escala de Confiança nas Redes Interorganizacionais da SEDA/RS. *In:* SLADE BRASIL 2006 & ENCONTRO LUSO-BRASILEIRO DE ESTRATEGIA, 2006, Balneário Camboriú. ANAIS DO SLADE BRASIL 2006. Balneário Camboriú, 2006.

Resumos expandidos publicados em anais de congressos:

1.BORGES, M. L.; REYES JUNIOR, E. Padrões dialéticos: para uma compreensão da mudança. *In:* XXVII ENEGEP- Encontro Nacional de Engenharia de Produção, 2007, Foz do Iguaçu - PR. Anais do XXVII ENEGEP- Encontro Nacional de Engenharia de Produção. Rio de Janeiro: ABEPRO, 2007.

2.GONÇALO, C. R.; BORGES, M. L.. Análise da confiança para a promoção de um contexto. *In:* SLADE BRASIL 2006 & ENCONTRO LUSO-BRASILEIRO DE ESTRATÉGIA, 2006, Balneário Camboriú. ANAIS DO SLADE BRASIL 2006. Balneário Camboriú, 2006.

Participação em eventos:

1.XXVII ENEGEP - Encontro Nacional de Engenharia de Produção.O Impacto do Tempo de Rede na Confiança Entre Membros nas Redes do SEDA/RS. 2007. (Participações em eventos/Encontro).

2.4º Congresso do Instituto Franco-Brasileiro de Administração de Empresas IFBAE. 2007. (Participações em eventos/Congresso).

3.SLADE BRASIL 2006 & ENCONTRO LUSO-BRASILEIRO DE ESTRATEGIA. 2006. (Participações em eventos/Congresso).

ANEXOS

ANEXO 01 – Orientação Nutricional I

Nome: Data:/...../ 200

ORIENTAÇÕES PARA DIETA COM BAIXO TEOR DE COLESTEROL E DE GORDURA SATURADA

Definição: Dieta com controle de gorduras, principalmente de origem animal, pois são ricas em colesterol e gordura saturada.

Objetivo: reduzir a taxa de colesterol

EXEMPLO DE CARDÁPIO

Desjejum: Leite desnatado, café, açúcar, pão branco ou integral, margarina, geléia, fruta.

Colação: Fruta ou barras de cereais.

Almoço: Arroz ou substituto/Feijão ou lentilha. Carne magra, frango s/pele, peixe grelhado ou ensopado. Legumes cozidos

Sobremesa: Frutas, flan, compotas ou gelatina

Merenda: Leite desnatado, café, bolacha salgada ou pão integral, açúcar, geléia e margarina.

Jantar: Igual ao almoço.

Ceia: Iogurte de polpa ou vitamina ou café com leite.

Recomendações:

- Fracionar em 06 vezes as refeições durante o dia;
- Não utilizar frituras e chocolate;
- Use leite desnatado em embalagem tetra pack ou leite desnatado em pó;
- Queijo minas fresco ou ricota;
- Peixe, frango ou peru sem pele, coelho, carne bovina magra, lombinho de porco sem gorduras;
- Clara de ovo
- Margarina cremosa vegetal
- Óleo vegetal: canola, oliva, soja, milho, girassol;
- Picolés de fruta (exceto coco), doces a base de fruta;
- Preparações grelhadas, assadas, cozidas, ensopadas ou refogadas;
- Aumente a ingestão de vegetais e de alimentos ricos em fibras. Os farelos (trigo, aveia e arroz) são úteis neste sentido, pois auxiliam no metabolismo do colesterol.
- Use frios de peru.

Evite:

- Leite e iogurtes integrais, creme de leite;
- Queijos gordurosos (prato, parmesão, provolone, fundido, mussarela);
- Frios (salame, presunto, copa, mortadela, etc...);
- Embutidos (salsicha, lingüiça, patês, salames);
- Carnes gordas, miúdos (rim, miolo, fígado, coração);
- Torresmo;
- Gema de ovo e maionese;
- Manteiga e requeijão;
- Banha, bacon, gordura vegetal hidrogenada, toucinho;
- Sorvetes cremosos, biscoitos de nata, massa folhada, mousses, pudins, bolos, quindim, chocolate;
- Preparações fritas, milanesas ou empanadas;

Não se esqueça: Muitos alimentos como massas, bolos, sorvetes, doces de padaria que contém ovo e gordura vegetal hidrogenada, contribuem para o aumento de triglicerídeos e colesterol no sangue.

Atenção:

- * Substitua um ovo inteiro por duas claras;
- * Você poderá ainda reformular as receitas de seus pratos favoritos através das seguintes substituições: um copo de creme de leite por um copo de iogurte desnatado mais uma colher de sopa de maisena (para dar consistência a determinadas preparações);
- * Utilize sempre que possível uma colher de chá de óleo de oliva cru em saladas cruas ou cozidas, pois ele é rico em gordura monoinsaturada, que auxilia a produção do bom colesterol (HDL);
- * Pratique atividade física sempre com orientação de um profissional;

**PREZE SUA QUALIDADE DE VIDA...
SEU CORAÇÃO AGRADECE!**

Nutricionista: _____

ANEXO 02 – Orientação Nutricional II

ORIENTAÇÃO PARA RESTRIÇÃO DE SAL COM 2G DE SAL ADICIONAL

DEFINIÇÃO: É constituídas de alimentos de consistência normal, ao sendo adicionado sal, na sua preparação. A adição de sal é feita conforme a orientação do seu médico.

OBJETIVO: controlar a ingestão de sal nas cardiopatias, hepatopatias

EXEMPLO DE CARDÁPIO

Desjejum:

Leite, café, açúcar, pão, margarina, geléia, fruta.

Colação:

Fruta

Almoço: Arroz ou substituto/Feijão ou lentilha Carne gado, frango s/pele, peixe grelhado ou ensopado, Legumes cozidos

Sobremesa: Frutas, flan, compotas ou gelatina

Merenda: Leite, café, pão, açúcar, geléia e margarina.

Jantar: Igual ao almoço.

Ceia: Iogurte de polpa ou vitamina ou café com leite.

- Cozinhar os alimentos sem sal e acrescentar ao prato 1g de sal no almoço e 1g de sal na janta ou medir o sal antes e acrescentar aos alimentos no momento da cocção.
 - * 1g de sal é – 1 colher de cafezinho rasa.
- Usar pão e margarina sem sal
- Usar limão para melhorar o sabor das preparações;
- Usar somente condimentos naturais para temperar os alimentos (orégano, coentro, alho, cominho, pimenta, mangerona, noz moscada, alecrim, sálvia, mostarda em pó, manjeriço e páprica).

Alimentos que devem ser evitados:

- Enlatados (carne, milho, ervilhas, seleta de legumes, palmito, pepino, pickles, azeitonas, atum, sardinha etc...)
- Embutidos (salsicha, salsichão, lingüiça, salame italiano, mortadela)
- Caldo de carne, galinha, legumes e temperos em tabletes;
- Temperos prontos industrializados;
- Massa, extratos e purês de tomate industrializados;
- Maionese, mostarda condimento, catchup;
- Refeições prontas congeladas;
- Salgadinhos (batata frita, amendoim salgado, pipoca, etc...);
- Bacon;

- Biscoitos e bolachas salgadas;
- Carnes curadas (charque, costela defumada, acessórios para temperar feijão);
- Todo e qualquer alimento que contenha sal na sua composição.

Recomendações:

No supermercado:

- * Leia os rótulos cuidadosamente, evite comprar alimentos ricos em sódio ou sal;
- * Compre vegetais frescos ou congelados, sem sal adicionado. Os vegetais enlatados são ricos em sódio porque é adicionado durante o processo para conservação.

Na cozinha:

- * Modifique as receitas, eliminando ou reduzindo a quantidade de sal;
- * Experimente usar frutas frescas em pratos principais;
- * Realce o sabor das receitas usando ervas e especiarias.

Na mesa:

- * Substitua o sal do saleiro por uma mistura de ervas e especiarias favoritas;
- * Coloque sempre pedaços de limão à mesa.

No restaurante:

- * Escolha carnes grelhadas ou assadas;
- * Evite milanesas, churrascos ou carnes com molhos;
- **Caso você coma uma refeição relativamente rica em sódio, balanceie o resto do dia com refeições pobres e sódio.

Dicas: Molho Hipossódico - *Ingredientes:*

- 13 g de cebola
- 2g de alho
- 1 pitada de mostarda em pó
- 1 pitada de noz moscada
- 1 pitada de páprica
- 1 un de cravo
- 1 pitada de pimenta do reino
- 12ml de óleo
- 250ml de vinagre de maçã

Modo de Preparo: Liquidificar tudo e armazenar sob refrigeração durante no máximo 3 dias.

Telefones úteis:

Nutricionista: _____