

**GESTÃO ESTRATÉGICA DO CONHECIMENTO BASEADA NA CONSTRUÇÃO
DE PROTOCOLOS MÉDICO-ASSISTENCIAIS: O COMPARTILHAMENTO DE
IDÉIAS ENTRE PARCERIAS ESTRATÉGICAS COMO VANTAGEM
COMPETITIVA**

Jacques Édison Jacques

Mestre em Controladoria – UFRGS

Mestre em Administração – UNISINOS

Professor Assistente de Graduação em Administração Hospitalar – UNISINOS

E-mail: jjacques@unisinobr [Brasil]

Cláudio Reis Gonçalo

Doutor em Engenharia de Produção – UFSC

E-mail: cgoncalo@unisinobr [Brasil]

Resumo

O objetivo do estudo foi analisar o processo estratégico na percepção de gestores médicos de um hospital privado e de lideranças de uma operadora de planos de saúde. Os protocolos médico-assistenciais foram os núcleos de investigação da pesquisa. A sustentação do estudo e da análise dos resultados utilizou, principalmente, referenciais teóricos sobre compartilhamento, barreiras à gestão do conhecimento e gestão de parcerias. A pesquisa foi qualitativa através de entrevistas em profundidade que, anteriormente, apoiaram-se em grupos de foco. As entrevistas buscaram saber: (1) as barreiras do contexto à gestão do conhecimento; (2) os meios e formas utilizados para criação e compartilhamento do conhecimento; (3) e o grau de participação das operadoras dos planos de saúde na construção dos protocolos, assim como no compartilhamento de processos assistenciais e objetivos. Os resultados principais apontaram não haver barreiras importantes à legitimação de uma nova linguagem trazida por novos paradigmas por meio dos protocolos. Entretanto, foi evidente a pouca participação da alta direção junto às especialidades no momento de tratá-las como uma unidade de negócio e, principalmente, a dificuldade do compartilhamento de idéias entre a equipe de profissionais técnicos e essa com a operadora do plano de saúde.

Palavras-chave: Contexto da Gestão do Conhecimento; Construção de Protocolos; Processo Estratégico Hospitalar.

Gestão estratégica do conhecimento baseada na construção de protocolos médico-assistenciais:
o compartilhamento de idéias entre parcerias estratégicas como vantagem competitiva

1 INTRODUÇÃO

A gestão do conhecimento tem promovido às empresas a criação, conversão e uso eficaz do conhecimento em benefício dos negócios. Disso, fazem parte práticas responsáveis por procedimentos que se dedicam a criar competências em todos os níveis. Em consequência, a gestão do conhecimento busca encontrar as melhores formas de mobilizar conhecimentos individuais, torná-los coletivo e integrá-los a estratégias que se traduzam em vantagens competitivas.

O objetivo geral do estudo é explorar como a gestão do conhecimento pode ser utilizada como elemento estratégico de obtenção de vantagem competitiva entre médicos gestores de especialidades e operadoras dos planos de saúde (convênios), utilizando a construção de protocolos médico-assistenciais como núcleo de compartilhamento de processos e objetivos da gestão de parcerias, sem desconsiderar eventuais elementos dificultadores (barreiras) inadvertidamente presentes.

A importância estratégica da gestão do conhecimento fundamenta-se no desenvolvimento da construção de protocolos médico-assistenciais que sirvam de núcleo de interesse entre profissionais da saúde e operadoras de planos de saúde, tornando-os parceiros através do compartilhamento de idéias, sejam elas a estrutura, processos ou resultados. Estes instrumentos chamados de protocolos médico-assistenciais ou protocolos clínicos são documentos sistematicamente desenvolvidos por órgãos médicos competentes. Assim, os protocolos médicos assistenciais são processos ricos em aprendizagem organizacional e, como prescrevem racionalmente os melhores recursos a serem utilizados, são a garantia da maior probabilidade de resultados assistenciais almejados.

Todavia, no contexto da estratégia, é constante a reflexão sobre o que é realmente estratégico, distintivo, auferidor de vantagens competitivas e de difícil imitabilidade. Ao longo do estudo e principalmente desta seção, os autores trazem à tona esse debate. Para tanto, para que possamos melhor explicar o posicionamento assumido e construir um modelo conceitual lógico que investigue os pressupostos do tema de pesquisa, a seção discorre sobre as seguintes dimensões relacionadas ao amplo tema da estratégia: a) o conhecimento considerado estratégico e sua gestão; b) o conhecimento considerado estratégico e sua gestão no contexto das organizações hospitalares; c) como a construção dos protocolos médico-assistenciais ou protocolos clínicos participam da estratégia; d) qual o contexto estrutural estratégico para a gestão do conhecimento responsável pela construção desses protocolos; e) como o conhecimento articulado dos protocolos passa a ser compartilhado pelos stakeholders (principalmente operadoras dos planos de saúde ou financistas dos sistemas de saúde); f) que limites estrategicamente seguros devam ser estabelecidos.

2 GESTÃO ESTRATÉGICA DO CONHECIMENTO

O principal objetivo estratégico da gestão do conhecimento é mantê-la alinhada à missão e à visão da empresa. Neste sentido algumas questões são inerentes: a) o que a empresa espera da gestão do conhecimento; b) como o conhecimento participa do alinhamento das expectativas dos funcionários, alta administração, sociedade, fornecedores, acionistas, financistas e demais interessados; c) como compartilhar os vários interesses entre todos.

Assim, Figueiredo (2005) comenta que:

a gestão do conhecimento tanto é provedora à empresa de subsídios que garantem esta efetividade, qualidade, velocidade de mudanças, ajustes e inovação, quanto é cliente do processo, à medida que depende de inputs de estratégia para realinhá-la constantemente (FIGUEIREDO, 2005, p. 120).

Santiago (2004) conceitua a gestão do conhecimento como o processo de obter, gerenciar e compartilhar a experiência e especialização dos funcionários, com o objetivo de ter acesso à melhor informação no tempo certo. Para o mesmo autor, baseado nos trabalhos de Nonaka e Takeuchi, (1997) a “conversão do conhecimento” está relacionada à interação social, uma vez que é criado e expandido através das relações entre o conhecimento tácito e explícito.

Para Sanchez e Heene (1997) a gestão do conhecimento deve promover meios que facilitem a articulação e a codificação do conhecimento, favorecendo a sua apreensão por grupos afins dentro e fora da empresa, mas controlando para que empresas rivais não se apoderem desse conhecimento. Estes autores trazem à tona a necessidade com a preservação estratégica de certos conhecimentos.

Aprofundando esta questão, Sanchez e Heene (1997) comentam que a gestão do conhecimento começa com o entendimento (saber-fazer) de um indivíduo, mas a criação de competência organizacional requer uma ligação e coordenação com os conhecimentos e capacidades de outros indivíduos (“articulação do conhecimento articulado”), e potencialmente de outras organizações. Para tanto a empresa deve atentar para: identificar a utilização estratégica do conhecimento; identificar o propósito do conhecimento; entender como transferir (difundir) o conhecimento; controlar a difusão, evitando que haja a perda da distinção competitiva (questão gerencial crítica).

Uma organização hospitalar é, sem dúvida, uma organização tão particular em suas características e tão complexa que é praticamente impossível impulsionar uma mudança com fins estratégicos sem contar diretamente com sua força de trabalho. Ela não lida com a produção de bens físicos, mas sim com serviços que são exclusivamente dependentes do comportamento das pessoas. Assim, sua cultura é diferente das demais empresas, pois se ocupa da vida e da doença, estando a morte sempre a espreitar.

Guptill (2005) então presidente da *Healthcare Information & Management Systems Society* (HIMSS) vinculada à *Knowledge Management at Work*, à época da publicação do artigo “Knowledge Management in Health Care” em 2005, define gestão do conhecimento nas organizações de saúde como sendo o alinhamento de pessoas, processos, dados e tecnologias para otimizar a informação, colaboração, expertise e experiência, no sentido de orientar a performance e o crescimento organizacional.

Do ponto de vista estratégico, organizações hospitalares através de programas de gestão do conhecimento com o envolvimento de seus médicos e demais profissionais, em parceria com as operadoras de planos de saúde (convênios), são plenamente detentoras de vantagem competitiva.

Entretanto, há de se observar o contexto organizacional que tende a capacitar ou criar barreiras à gestão do conhecimento.

2.1 BARREIRAS À GESTÃO DO CONHECIMENTO

Von Krog, Ichino e Nonaka (2001) comentam a existência de barreiras organizacionais que dificultam a criação do conhecimento no contexto da aprendizagem organizacional,

Gestão estratégica do conhecimento baseada na construção de protocolos médico-assistenciais:
o compartilhamento de idéias entre parcerias estratégicas como vantagem competitiva

devendo a gestão estratégica do conhecimento atentar para a necessidade de eventuais abordagens.

- O problema da necessidade de linguagem legítima. Para fins de compartilhamento dos próprios conhecimentos, principalmente para explicitar os conhecimentos tácitos, é necessário o desenvolvimento de uma linguagem comum, aceitável por todos (difusível).
- O problema das histórias organizacionais. Elas constituem a memória de sucesso da organização, falam de valores e ajudam as pessoas a se orientarem em termos de vínculos com a própria organização e outras pessoas. Entretanto, podem ser barreiras à criação de novos conhecimentos se estes não estiverem alinhados à memória.
- O problema dos procedimentos. Via de regra os procedimentos são experiências explícitas e soluções bem-sucedidas que definem a eficiência e a eficácia da organização. O questionamento a esses procedimentos é de difícil aceitação e compartilhamento pelas pessoas, pois se chocam com o “conhecimento legítimo, verdadeiramente justificado”.
- O problema dos paradigmas. É considerado a maior barreira à gestão do conhecimento, pois os paradigmas definem os objetivos, regras e metas. São a estrutura (rígida) do controle da organização. Caso o novo conhecimento não estiver contemplado pelos indicadores de controle, dificilmente as pessoas aceitarão as novidades.

3 COMPARTILHAMENTO

No sentido de promover capacidade organizacional e desenvolver vantagem competitiva através do conhecimento compartilhado, Ulrich e Lake (1990) identificam quatro tipos (níveis) de compartilhamento organizacional de idéias, baseado naquilo que é compartilhado e quem compartilha. A Figura 1 ilustra os tipos de compartilhamento organizacional propostos por esses autores.

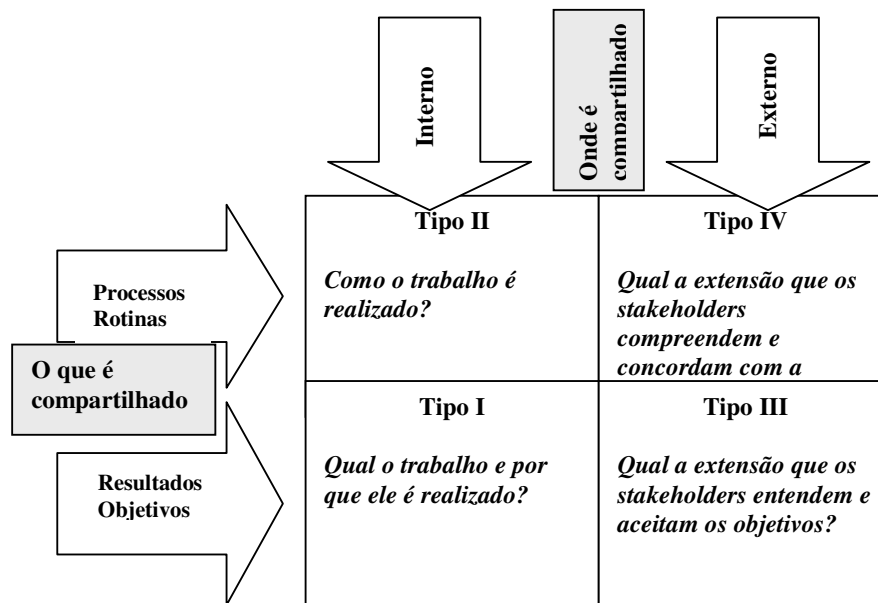


Figura 1: Compartilhamento organizacional de idéias

Fonte: Ulrich e Lake (1990)

O tipo I, compartilhamento de idéias sobre os resultados da organização, caracteriza-se pela compreensão por parte dos funcionários de todos os níveis acerca dos objetivos estratégicos e financeiros. Os autores acreditam que deste modo as organizações obtêm melhor desempenho e que as lideranças internas da gestão são as responsáveis pela construção desse compartilhar.

O tipo II, compartilhamento de idéias sobre os processos e rotinas da organização, refere-se ao grau de compreensão que têm os funcionários sobre como as atividades são realizadas. Isto envolve fatores de apoio e tomada de decisão, compartilhamento da informação, como os funcionários alocam suas horas de trabalho, etc. Os autores argumentam que as organizações que procedem desta forma são mais exitosas nos programas de melhoria contínua, devido à diminuição da redução da variabilidade dos processos de trabalho.

O tipo III diz respeito ao compartilhamento de idéias sobre os resultados da organização, mas em nível externo a ela através da compreensão e aceitação pelos vários interessados que com ela se relacionam. O ponto central desse tipo III é unificar os valores dos *stakeholders* e dos funcionários sobre a organização.

O tipo IV existe quando os *stakeholders* participam do compartilhamento dos processos de negócio da organização e os utiliza para acompanhar as atividades. Compartilhar processos com os *stakeholders* significa que fornecedores, consumidores, financistas, e outros grupos entendam e aceitem não apenas o que a organização faz, mas, sobretudo como faz.

Ulrich e Lake (1990) observam que organizações que exercem os quatro tipos de compartilhamento na íntegra, obtêm preciosa vantagem competitiva, uma vez que são práticas complexas de difícil imitabilidade por organizações concorrentes.

Gestão estratégica do conhecimento baseada na construção de protocolos médico-assistenciais: o compartilhamento de idéias entre parcerias estratégicas como vantagem competitiva

4 PROTOCOLOS MÉDICO-ASSISTENCIAIS E A MEDICINA BASEADA EM EVIDÊNCIAS

A Medicina Baseada em Evidências (MBE) é a integração das melhores evidências decorrentes de pesquisas cientificamente orientadas, com a habilidade clínica do médico responsável pela decisão e a preferência do paciente (SACKETT et al, 2003). É um método da organização de trabalho médico que visa vários resultados através da qualificação do processo decisório.

Segundo Drummond, Silva e Coutinho (2002), a palavra evidência é utilizada na MBE como um critério de maior certeza de determinados achados e opiniões, apoiado em dados e informações cuja análise é feita dentro de padrões previamente estipulados.

Dando destaque à integração dos três elementos (evidências, habilidade clínica e valores dos pacientes), Sackett et al (2003) comentam que os clínicos e pacientes formam uma aliança diagnóstica e terapêutica que otimiza o resultado clínico e a qualidade de vida.

Em decorrência, esta espécie de modelo de gestão é alicerçada na construção de instrumentos chamados de protocolos médico-assistenciais ou protocolos clínicos, ou seja, documentos sistematicamente desenvolvidos por órgãos médicos competentes. Assim, os protocolos médicos assistenciais são processos ricos em aprendizagem organizacional e, como prescrevem racionalmente os melhores recursos a serem utilizados, são a garantia da maior probabilidade de resultados assistenciais almejados. Deste modo, tanto os profissionais da saúde quanto as operadoras dos planos de saúde (financiadores), têm o máximo interesse em compartilhar a construção dos protocolos, uma vez que definem os recursos, processos de diagnóstico e tratamento, e os resultados. Tal qual o compartilhamento tipo IV exposto por Ulrich e Lake (1990).

Coffey et al (2005) observam que o desafio para diminuir o tempo de hospitalização, e conseqüentemente os custos agregados, é motivação chave para o desenvolvimento de protocolos médico-assistenciais.

Exatamente para fins gerenciais, Coffey et al (2005) chamam a atenção para os atributos compartilhados dos protocolos médico-assistenciais:

- 1) *Coordenação do cuidado.* Durante o desenvolvimento dos protocolos, médicos, enfermeiros, e outros profissionais abordam todos os aspectos dos atendimentos. Isto favorece a criação do compartilhamento de expectativas e responsabilidades, assim como incentiva a boa comunicação.
- 2) *Comunicação multidisciplinar.* Tradicionalmente, principalmente os médicos, ao evoluírem e prescreverem os pacientes eles determinam os procedimentos a serem executados. Entretanto, nem sempre os demais profissionais, inclusive outros médicos, compreendem ou estão aptos a compreender a ordem desejada. Neste sentido, os protocolos incentivam a integração da equipe multidisciplinar a partir de uma linguagem comum codificada e legítima, que, inclusive, envolve as operadoras dos planos de saúde no sentido de que entendam e apóiem o plano terapêutico, facilitando autorizações e evitando glosas.
- 3) *Redução da variação dos processos e resultados.* Quando ocorre a variabilidade em populações semelhantes de pacientes, faz-se necessário reunir os profissionais e estabelecer um consenso sobre os padrões. É possível que possam estar ocorrendo práticas assistenciais desuniformes. Este fato dificulta o relacionamento com as operadoras dos planos de saúde.

- 4) *Transparência para as operadoras dos planos de saúde, fontes pagadoras e financistas.* Considerando que os protocolos médico-assistenciais são planos diagnósticos e terapêuticos para serem cumpridos, são instrumentos transparentes de avaliação, comunicação e orçamento. Neste sentido, servem para antecipar os custos e evidenciar a eficácia dos resultados.

Pelo exposto através de Coffey et al (2005), observa-se que a construção e implementação dos protocolos médico-assistenciais, são a criação de parte significativa do conhecimento técnico e atualizado da organização que, uma vez compartilhados, permeiam, através de questões estratégicas, táticas e operacionais, vários departamentos, processos e interesses.

5 GESTÃO DE PARCERIAS

Conforme Figueiredo (2005) a expressão aliança estratégica pode ser definida como a celebração de um acordo ou contrato entre empresas, objetivando atuação conjunta e a soma de seus esforços, conhecimentos e competências, a fim de ampliar suas chances de prosperar. Ou seja, as alianças estratégicas são o resultado da junção de forças entre empresas com o objetivo de enfrentar desafios que superem dificuldades e determinem vantagens competitivas.

Neste sentido a gestão do conhecimento, além de fortalecer e viabilizar as alianças tem a responsabilidade de promover o saber suficiente e necessário ao êxito das empresas parceiras. Embora as alianças surjam em contextos de ameaça, as parcerias devem ser proativas ao invés de reativas, uma vez que são oportunidades de proporcionar chances de resultados almejados. “Muitas empresas conseguem ampliar sensivelmente seus conhecimentos, suas participações no mercado, vantagens competitivas e chances de sucesso a partir das alianças estratégicas” (FIGUEIREDO, 2005, p. 300).

Processos de fusão, *joint ventures* e alianças em geral bem sucedidas, utilizam-se da importância da gestão do conhecimento para que ocorram. Isto é lógico na medida em que a motivação para a formação da aliança está baseada no conhecimento diferencial estratégico que as empresas parceiras ostentam. As trocas de conhecimento embasadas em interesses mútuos ou afins são os pilares dessas alianças. Em outras palavras, “em uma parceria de sucesso, os conhecimentos se complementam, devendo haver uma profunda e importante relação entre a gestão do capital intelectual e a gestão de parcerias” (FIGUEIREDO, 2005, p. 301).

As práticas de gestão do conhecimento com ênfase na gestão estratégica de parcerias podem fornecer significativas informações sobre a concretização exitosa de alianças, sinalizando oportunidades de mercado tão-só vistas através dessa maneira.

O conhecimento do que deve ser razoavelmente feito em vista das competências ou que competências desenvolver para tanto, permitem à empresa identificar e definir novos objetivos (enfoque estratégico), para aplicar ao estado de *como fazer* e ao processo do *porquê fazer* novos produtos e processos (SANCHEZ; HEENE, 1997).

Todavia há que se atentar a elementos críticos para o sucesso da aliança através da gestão de parcerias. Fatores tais como o sucesso das transferências, integração, produção e uso eficaz dos conhecimentos, entre as diferentes pessoas com diferentes culturas são fundamentais (FIGUEIREDO, 2005).

Gestão estratégica do conhecimento baseada na construção de protocolos médico-assistenciais:
o compartilhamento de idéias entre parcerias estratégicas como vantagem competitiva

6 DIMENSÕES GERAIS DA GESTÃO ESTRATÉGICA DO CONHECIMENTO BASEADO NA CONSTRUÇÃO DOS PROTOCOLOS MÉDICO-ASSISTENCIAIS

Com o objetivo de promover o conhecimento compartilhado além das fronteiras da empresa, entre parceiros, e prevenir a perda do controle do conhecimento estratégico, Sanchez e Heene (1997) argumentam que a empresa deve saber os tipos de conhecimento que são causa de competência distintiva no contexto competitivo. Isto impõe que a empresa observe as tensões entre os benefícios da influência de conhecimentos estratégicos *versus* o prejuízo da perda de controle desses conhecimentos considerados críticos.

Sanchez e Heene (1997) estabelecem uma relação entre o tipo de contexto e recomendações relativas aos tipos de conhecimento:

- a. Em contextos de “tecnologia estável” o conhecimento *know-how* deve ser controlado pela empresa que o detém;
- b. Em contextos de “desenvolvimento tecnológico constante” o conhecimento *know-why* é quem deve ser controlado;
- c. E em contextos de “extrema dinamicidade e tecnologias mutáveis” é o conhecimento *know-what* quem deve ser controlado.

Do exposto até então por essa seção, é possível extrair dimensões estratégicas da gestão do conhecimento baseadas na elaboração de protocolos médico-assistenciais e no compartilhamento desses com vistas à formação de alianças estratégicas.

6.1 A GESTÃO DO CONHECIMENTO RESPONSÁVEL PELA CONSTRUÇÃO DOS PROTOCOLOS MÉDICO-ASSISTENCIAIS – GESTÃO ESTRATÉGICA DE PROTOCOLOS

Conforme observado anteriormente, os protocolos médico-assistenciais são formas “do que fazer e como fazer” em determinadas situações. Neste sentido, são *best practices* que todos os hospitais deveriam promover. Como se fosse uma qualidade mandatória e não atrativa. Então, o protocolo em si não é o determinante estratégico, pois não define diferenciais competitivos entre as organizações desse segmento. No seguimento a esta reflexão, pode-se argumentar que o verdadeiramente estratégico é a gestão hospitalar que faz acontecer a construção e a implementação dos protocolos – no caso, a gestão do conhecimento. Daí porque a gestão do conhecimento ser definitivamente estratégica aos hospitais. Hospitais sem esta competência correm sérios riscos competitivos.

Voltando a Sanchez e Heene (1997) sobre o contexto tecnológico, pode-se pensar que, embora a saúde se caracterize por “extrema dinamicidade e mutabilidade tecnológica”, é o *know-how* de como gerir o conhecimento da construção dos protocolos o grande diferencial competitivo que deve ser controlado. O *know-why* e o *know-what* são tão somente imperativos formais.

6.2 A GESTÃO DO CONHECIMENTO CONTEMPLANDO A ESTRUTURA CAPACITANTE PARA A CONSTRUÇÃO DOS PROTOCOLOS – GESTÃO DAS BARREIRAS

Uma gestão do conhecimento eficaz no sentido de promover vantagens competitivas para as partes interessadas, deverá estar preocupada com o ambiente no qual se desenvolvem as boas práticas de criação e conversão do conhecimento.

Para que a construção de protocolos médico-assistenciais permeie mutuamente interesses de médicos (hospitais) e operadoras dos planos de saúde, faz-se necessário que a gestão deste potencial conhecimento transite em meio a facilidades.

Assim, barreiras tais como as já anteriormente citadas relacionadas a legitimação de uma nova linguagem, histórias de sucesso, procedimentos padronizados que devem sofrer alterações e paradigmas a serem repensados, devem ser reconhecidas com antecipação suficiente a ponto de serem minimizadas e até eliminadas. Existiria compartilhamento de idéias também nesse momento? A gestão do conhecimento presente nos hospitais quando da construção dos protocolos levaria estas dificuldades para compartilhar soluções com as operadoras dos planos de saúde?

6.3 A GESTÃO DO CONHECIMENTO QUE CONFERE COMPARTILHAMENTO DE IDÉIAS ENTRE HOSPITAIS E OPERADORAS DOS PLANOS DE SAÚDE – GESTÃO DE PARCERIAS ARTICULADA A PARTIR DOS PROTOCOLOS

O potencial para que um conhecimento exerça influência competitiva é maior quando é articulado, codificado e difundido, ao invés de permanecer tácito (“bem guardado”) na “cabeça” dos funcionários (SANCHEZ; HEENE, 1997).

Nesta situação convém revisitar Ulrich e Lake (1990) e seus tipos de compartilhamento, principalmente os tipos III e IV. O tipo III diz respeito ao compartilhamento de idéias sobre os resultados da organização em nível externo a ela através da compreensão e aceitação pelos vários interessados que com ela se relacionam. O tipo IV existe quando os *stakeholders* participam do compartilhamento dos processos de negócio da organização e os utiliza para acompanhar as atividades.

As ações estratégicas da gestão do conhecimento devem convergir para atitudes que articulem o conhecimento construído a partir dos protocolos médico-assistenciais entre os profissionais da saúde e as operadoras dos planos de saúde. É apenas parcial a vantagem de elaborar e utilizar bons protocolos se os financistas da conta hospitalar pouco ou nada compartilham com propósitos que, a rigor, devem interessar a todos. Na vigência deste distanciamento entre as partes, conceitualmente não estará existindo articulação, codificação e difusão de conhecimento, situação nada estratégica e que denota falha na gestão do conhecimento.

A Figura 2 tenta representar de modo geral o modelo conceitual da pesquisa, chamando a atenção para as dimensões que estruturam a gestão estratégica do conhecimento com o intuito da obtenção de vantagens competitivas para as partes integrantes da aliança.

Gestão estratégica do conhecimento baseada na construção de protocolos médico-assistenciais:
o compartilhamento de idéias entre parcerias estratégicas como vantagem competitiva

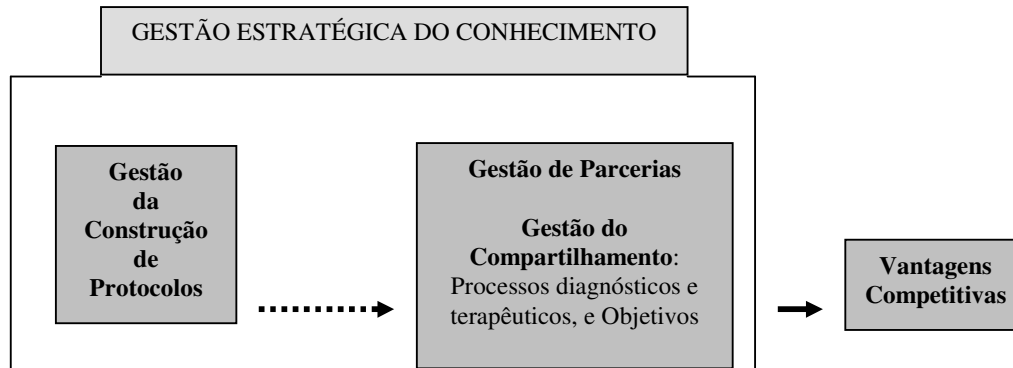


Figura 2: Modelo conceitual básico do estudo

Fonte: Elaborado pelos autores

7 MÉTODO DA PESQUISA

7.1 1ª ETAPA – DESENVOLVIMENTO DE GRUPOS DE FOCO

Considerando a necessidade de elaborar perguntas que definitivamente descrevessem a intenção investigativa, sentiu-se a possibilidade de colher informações preliminares a respeito das questões importantes para os informantes da pesquisa.

A técnica escolhida para a coleta dessas informações preliminares foi o “grupo de foco”. Conforme Rea e Parker (2000) tal técnica oportuniza que informações de caráter preliminar sejam melhor elaboradas no ambiente de grupo onde questões e problemas relevantes ao estudo possam ser debatidos, discutidos e refinados, de forma aberta e construtiva, por pessoas que se presume deter o conhecimento específico sobre o objeto de pesquisa. O termo “focalizado” significa que a discussão é limitada e trata de um pequeno número de assuntos fixos, tratados em profundidade e de forma semi-estruturada. Assim, a técnica de grupo de foco se mostra útil na obtenção de informações com a finalidade de auxiliar no desenvolvimento do questionário de investigação e do roteiro de pesquisa antes de sua aplicação.

As fases que constituíram o processo de grupo de foco na pesquisa como um todo foram:

- a. Identificação das principais características dos participantes: para Rea e Parker (2000) estes grupos são mais eficazes quando consistem de participantes que possuem características em comum, pois tendem a trocar idéias e opiniões mais livremente do que grupos com divergências prévias. Neste sentido as principais características de identificação utilizadas para a seleção dos participantes foram: ser médico ou enfermeiro; estar executando a função de gerência ou liderança dos serviços médico-assistenciais; exercer função de alta gerência em operadora de plano de saúde.
- b. Estabelecimento do número apropriado de grupos: optou-se pela realização de dois grupos de focos no sentido de se assegurar que não se estava observando um conjunto único de circunstâncias. Assim, os dois grupos foram: médicos

especialistas e gestores de seus serviços; e lideranças de operadoras de planos de saúde.

- c. Recrutamento dos participantes: profissionais previamente conhecidos pelo pesquisador foram convidados a participar das reuniões. Em vista do caráter do estudo, a seleção dos participantes não seguiu os princípios formais de pesquisas por amostragem.

De qualquer forma, dois grupos distintos quanto às expectativas de percepção foram constituídos: (a) grupo de médicos gestores de especialidades e detentores de conhecimentos específicos da especialidade, que foram pesquisados principalmente quanto ao contexto da construção dos protocolos e o compartilhamento dos profissionais; (b) grupo de lideranças de planos de saúde, que foram pesquisados principalmente sobre o grau de compartilhamento quanto aos processos e objetivos estratégicos médico-assistenciais. Os grupos de foco ocorreram no mês de junho.

7.2 2ª ETAPA – APLICAÇÃO DA PESQUISA QUALITATIVA

Pesquisa qualitativa na área da saúde na qual os dados foram colhidos de modo não estruturado (POPE; ZIEBLAND; MAYS, 2000) orientados pelos resultados obtidos com os grupos de foco.

O estudo utilizou entrevistas em profundidade com os gestores médicos (responsáveis técnicos) de especialidades médicas organizadas e com lideranças de operadoras dos planos de saúde (convênios).

A pesquisa com o grupo de gestores de especialidades médicas foi conduzida em hospital geral e privado de Porto Alegre (RS) com mais de 25 anos de atividade, que disponibiliza mais de 300 leitos para internação das comunidades. Cinco especialidades médicas organizadas foram pesquisadas: (1) serviço de cardiologia (SC); (2) serviço de medicina intensiva (MI); (3) serviço de neurologia (SN); (4) serviço de oncologia (SO); e (5) serviço de urologia. (SU).

A pesquisa com o grupo de lideranças das operadoras dos planos de saúde foi realizada na cooperativa de serviços médicos de Porto Alegre (RS), detentora de mais de 350.000 vidas beneficiadas. Hospital e a cooperativa são parceiros de negócio, uma vez que o faturamento hospitalar com os beneficiários da cooperativa ultrapassa os 65% do total. As entrevistas ocorreram em julho e agosto de 2006. Três lideranças foram entrevistadas: superintendências administrativa, financeira e de vendas de planos.

As entrevistas, de forma aberta, foram conduzidas de modo a focar três questões consideradas importantes no contexto da gestão estratégica da criação do conhecimento para fins do processo estratégico:

- a. **Primeiro bloco de questões** - *As razões estratégicas na concepção dos entrevistados para necessidade da construção dos protocolos médico-assistenciais (razões para operar com protocolos).* Neste sentido três aspectos foram levados em consideração:
 - A padronização da prática assistencial visando diminuir a variabilidade dos resultados assistenciais e econômicos;

Gestão estratégica do conhecimento baseada na construção de protocolos médico-assistenciais:
o compartilhamento de idéias entre parcerias estratégicas como vantagem competitiva

- Melhorias nos pagamentos de honorários médicos pelas operadoras dos planos de saúde;
 - Formas de negociação com as operadoras dos planos de saúde para melhorar os preços repassados pelo hospital, uma vez que, com a prática dos protocolos, os recursos deveriam ser consumidos apenas de forma racional, combatendo o desperdício e o uso excessivo.
- b. Segundo bloco de questões** - *Que barreiras as especialidades médicas enfrentaram na condução do processo estratégico da construção dos protocolos médico-assistenciais, lembrando que as barreiras crescem na medida em que inovação e da mudança também crescem - novos protocolos médico-assistenciais pressionam por outros indicadores e sistemas de avaliação.* As barreiras pesquisadas foram:
- A flexibilidade da estrutura e seus velhos paradigmas frente à necessidade da inovação e mudança das técnicas assistenciais;
 - Qual a percepção dos entrevistados sobre a aceitação de uma nova linguagem trazida pelas novas técnicas.
 - Que outras barreiras inseridas na gestão da criação do conhecimento poderiam estar contribuindo para o desenvolvimento do processo estratégico.
 - Como as lideranças das operadoras dos planos de saúde participam dessa etapa.
- c. Terceiro bloco de questões** - *Quais as formas e os meios utilizados para a criação (difusão) e compartilhamento do conhecimento pelas especialidades médicas organizadas durante a construção dos protocolos médico-assistenciais:*
- Reuniões, seminários, treinamentos, programas de educação continuada de outras organizações, pesquisas em periódicos, internet, etc.
 - Participação e envolvimento dos profissionais médicos e enfermeiros.
 - Grau do compartilhamento das idéias entre os profissionais da saúde e as lideranças das operadoras dos planos de saúde.
 - Como as lideranças das operadoras dos planos de saúde participam no apoio a essa etapa.

As entrevistas foram reproduzidas em quadros construídas diretamente no Word e analisadas de modo a confrontar as respostas com o referencial teórico.

8 ANÁLISE DOS RESULTADOS

8.1 QUANTO AO GRUPO DE MÉDICOS GESTORES DE ESPECIALIDADES

8.1.1 Resultados da Pesquisa Relativos às Razões Estratégicas

O Quadro 1 descreve os resultados obtidos da pesquisa sobre as razões estratégicas que levam as especialidades médicas a construir os protocolos.

Aspectos	SC	SMI	SN	SO	SU
<i>-Padronização</i>	-Melhorar a probabilidade dos resultados	-Racionalizar os recursos na área de alto custo	-Melhorar a probabilidade dos resultados	-Racionalizar os recursos na área de quimioterápicos	-Melhorar a probabilidade dos resultados da cólica renal
<i>-Honorários</i>	-Melhorar os honorários	-Melhorar os honorários	-Melhorar os honorários	-Melhorar os honorários	-Melhorar os honorários
<i>-Negociações</i>	-Indiferente às negociações do hospital	-Indiferente às negociações do hospital	-Melhorar as negociações para o hospital	-Indiferente às negociações do hospital	-Indiferente às negociações do hospital

SC: Serviço de Cardiologia; SMI: Serviço de Medicina Intensiva; SN: Serviço de Neurologia; SO: Serviço de Oncologia; SU: Serviço de Urologia

Quadro 1: Resultados relativos às razões estratégicas para a construção e implementação de protocolos médico-assistenciais

Fonte: Elaborado pelos autores

Do ponto de vista das razões estratégicas para que a gestão da criação do conhecimento incentive as especialidades médicas na construção dos protocolos médico-assistenciais, podem ser feitas as seguintes observações:

- Sob a ênfase técnica da padronização através dos protocolos, os serviços dividiram-se entre ter maior garantia na obtenção de resultados assistenciais e racionalizar a utilização dos recursos. Áreas de alto custo tais como a medicina intensiva (UTI) e a oncologia, estrategicamente priorizam a preocupação com os custos dos recursos indevidamente consumidos. Isto demonstra o envolvimento médico com essa questão.
- Todos os serviços se mostraram preocupados em melhorar os honorários pagos aos médicos.
- Entretanto, o mais significativo, foi o fato de que apenas um serviço (SN – Neurologia) está sensível aos anseios do hospital de qualificar as negociações com as fontes pagadoras. No universo pesquisado isto representa apenas 20% dos serviços. Esta “indiferença” talvez encontre explicações gerenciais no seguimento.

8.1.2 Resultados da Pesquisa Relativos às Barreiras Organizacionais

O Quadro 2 descreve os resultados obtidos da pesquisa sobre o contexto e as barreiras que influenciam as especialidades médicas na construção dos protocolos.

Gestão estratégica do conhecimento baseada na construção de protocolos médico-assistenciais:
o compartilhamento de idéias entre parcerias estratégicas como vantagem competitiva

Aspectos	SC	SMI	SN	SO	SU
-Flexibilidade da estrutura	-Ruim; pouco sensível ao processo de inovação e mudança	-Ruim; pouco auxílio por parte da TI* no sentido de informatizar novos indicadores	-Queixas em relação à TI* no sentido de informatizar novos indicadores	-Entendem que é boa	-Ruim; pouco auxílio pela TI* no sentido de informatizar novos indicadores
-Aceitação de nova linguagem	-Sem problemas em relação às várias categorias profissionais	-Sem problemas em relação aos médicos; mas dificuldades em relação à enfermagem	-Sem problemas em relação às várias categorias profissionais	-Sem problemas em relação às várias categorias profissionais	-Sem problemas em relação aos médicos; mas dificuldades em relação à enfermagem
-Outras barreiras	-Grandes dificuldades no envolvimento e participação da alta direção	-Nenhum envolvimento da alta direção	-Dificuldades de acesso à alta direção; dificuldades de desenvolver programas de marketing para difundir o serviço	-Sem problemas de comunicação com a alta-direção	-Nenhum envolvimento da alta direção; falta de política de incentivos

* TI – Tecnologia da Informação

SC: Serviço de Cardiologia; SMI: Serviço de Medicina Intensiva; SN: Serviço de Neurologia; SO: Serviço de Oncologia; SU: Serviço de Urologia

QUADRO 2: Resultados relativos às barreiras organizacionais durante construção e implementação de protocolos médico-assistenciais

Fonte: Elaborado pelos autores

Do ponto de vista do contexto capacitante e das barreiras à criação do conhecimento em relação à construção dos protocolos médico-assistenciais por parte das especialidades, podem ser feitas as seguintes observações:

- Foi quase que unânime que a estrutura formal do hospital é pouco flexível aos processos de inovação e mudança. A TI foi incriminada como sendo muito responsável nesse processo. Novos protocolos, assim como a sua constante renovação de acordo com a evolução da medicina, geram sempre a necessidade de novos sistemas de avaliação. As especialidades entendem que a mudança no padrão dos indicadores (novas informações) não conta com a agilidade necessária por parte da TI. Isto tende a dificultar o compartilhamento de idéias (informações). O interessante foi observar que os médicos gestores vêm na TI apenas um meio estratégico dos processos de inovação e mudança, não sendo, *per si*, o próprio processo.
- Quanto à nova linguagem trazida por um novo conjunto de indicadores e metas (novos paradigmas), não houve problemas maiores em relação a sua aceitação. Entretanto isto não dispensa a preocupação em difundi-lo por toda a organização,

inclusive entre os demais *stakeholders* – fornecedores e principalmente as operadoras dos planos de saúde.

- No quesito “outras barreiras” ficou nítido o pouco envolvimento da participação da alta-direção no sentido de apoiar a gestão da criação do conhecimento através de incentivos à construção dos protocolos. Isto talvez explique o fato da pouca sensibilização das especialidades em auxiliarem a qualificação do processo de negociação do hospital junto às operadoras dos planos de saúde.

8.1.3 Resultados da pesquisa relativos à forma e aos meios de criação do conhecimento

O Quadro 3 descreve os resultados obtidos da pesquisa sobre os meios utilizados pelas especialidades médicas para construir os protocolos, assim como, principalmente, internalizarem o conhecimento pela instituição através de outros profissionais.

Aspectos	SC	SMI	SN	SO	SU
-Reuniões	-Sim	-Sim	-Sim	-Sim	-Sim
-Seminários	-Sim	-Não	-Sim	-Não	-Não
-Treinamentos	-Sim	-Sim	-Sim	-Sim	-Poucos
-Programas de educação cont.	-Não	-Não	-Não	-Sim	-Não
-Periódicos	-Sim	-Sim	-Sim	-Sim	-Sim
-Internet	-Sim	-Sim	-Sim	-Sim	-Sim
-Visitas a outros serviços	-Sim	-Não	-Sim	-Não	-Não
-	-	-	-	-	-
Compartilhamento entre os vários profissionais	Considerado bom	-Regular	-Bom	-Bom	-Ruim

SC: Serviço de Cardiologia; SMI: Serviço de Medicina Intensiva; SN: Serviço de Neurologia; SO: Serviço de Oncologia; SU: Serviço de Urologia

Quadro 3: Resultados relativos às formas e os meios de construção e implementação de protocolos médico-assistenciais, e o grau de envolvimento dos demais profissionais

Fonte: Elaborado pelos autores

Nesta etapa da pesquisa podem ser feitas as seguintes observações a partir dos resultados obtidos:

- A tabela acima retrata a eficiência do processo da criação do conhecimento, mas é insuficiente em auxiliar na análise da eficácia do processo, pois não descreve a qualidade das reuniões, seminários, treinamentos, etc., no sentido de melhor avaliar a transmissão do conhecimento explícito (construído através dos protocolos) para o tácito (implementado e dominado pelos diferentes profissionais).
- Neste sentido, poderia ser criado um sistema que avaliasse a qualidade da internalização do conhecimento. Isto diz respeito ao conteúdo do processo estratégico da organização.
- Quanto ao compartilhamento das idéias entre os vários profissionais durante a construção e implementação dos protocolos médico-assistenciais, a pesquisa

Gestão estratégica do conhecimento baseada na construção de protocolos médico-assistenciais: o compartilhamento de idéias entre parcerias estratégicas como vantagem competitiva

evidenciou que há espaços obrigatórios para crescimento, enquanto novos meios para favorecer a comunicação são criados.

8.2 QUANTO AO GRUPO DE LIDERANÇAS DA OPERADORA DE PLANOS DA COOPERATIVA MÉDICA

O Quadro 4 descreve as principais respostas das lideranças.

Questões	Respostas
1. Construção de protocolos médico-assistenciais para racionalizar recursos, padronizar procedimentos e melhorar resultados.	Todos concordam que é uma saída para a racionalização dos recursos e combate à escalada dos custos. Vendas têm dificuldades em utilizar a linguagem “protocolos médico-assistenciais” para os beneficiários.
2. Participação na construção (compartilhamento da estruturação).	Nenhuma.
3. Compartilhamento de processos e objetivos através de indicadores.	Os objetivos do compartilhamento restringem-se exclusivamente às despesas. As negociações são baseadas em custos e não em resultados da qualidade.
4. Construção de protocolos para melhor e ancorar honorários médicos.	Há, tão-só, uma aceitação teórica. Não nenhuma ação concreta, embora isto seja uma tendência.
5. Acesso fácil e espontâneo aos resultados assistenciais da qualidade.	Nenhum. Não há transparência por parte dos hospitais em liberar seus resultados assistenciais da qualidade.

Quadro 4: Respostas das entrevistas com as lideranças da Cooperativa Médica

Fonte: Elaborado pelos autores

Considerações de ordem geral sobre as respostas:

- Embora todos concordem com a importância de trabalhar com protocolos, há nítido distanciamento no compartilhar processos e objetivos assistenciais da qualidade entre as especialidades médicas e a operadora pesquisada;
- A preocupação do compartilhar se reduz a questão das despesas operacionais;
- Não havendo o compartilhamento parece não haver a construção de indicadores que sirvam para análises mútuas de desempenho;
- É grande o espaço para o crescimento em termos de alianças estratégicas.

9 CONCLUSÃO

Os resultados sinalizam o sucesso das pessoas, empresas e parcerias. Assim como em qualquer outra atividade, a gestão estratégica do conhecimento também busca resultados. O monitoramento de indicadores é das práticas mais utilizadas, sendo que o acompanhamento das expectativas por melhores desempenhos deve integrar todos os parceiros.

Todavia, o mais importante é garantir que o conhecimento esteja agregando valor aos *stakeholders* – no caso específico às operadoras de planos de saúde. Isto tende a conquistar e fidelizar novos clientes (novas operadoras), melhorando tudo que oportunizar mais benefícios

aos negócios. É necessário sempre avaliar se o compartilhamento de idéias entre os parceiros está sendo percebido e o combinado está sendo cumprido.

A análise da pesquisa sobre as razões estratégicas que, na verdade, retratam o conteúdo estratégico das intenções comerciais compartilhadas de médicos e hospital, evidencia, nitidamente, uma falta de sincronia entre os interesses. Há grandes espaços para serem trabalhados em prol da obtenção de vantagens competitivas mútuas através de alianças estratégicas.

Para as especialidades médicas organizadas estava claro o motivo estratégico da construção dos protocolos, mas não demonstraram conhecimento acerca das intenções comerciais do hospital quando das negociações com as operadoras dos planos de saúde. Este fato é preocupante no sentido de evidenciar uma espécie de distanciamento ou falta de diálogo entre a alta direção e os médicos. Para as operadoras, que pagam os serviços, este distanciamento pode representar uma perigosa dificuldade de domínio de gestão do hospital, visto que, se os protocolos têm, entre outros atributos o da racionalização dos recursos, não haveria garantias quanto a esse objetivo. Sentir-se-iam seguras as operadoras em negociar frente a esse fato?

Quanto às questões levantadas relativas ao contexto das barreiras, foi assinalado que a troca de linguagem e de paradigmas (novos indicadores) motivados pela renovação ou construção de protocolos, não encontrou problemas. Todavia as especialidades interpretaram a estrutura formal do hospital como um todo, pouco flexível para se adaptar com agilidade a novos sistemas de avaliação trazidos pelas inovações dos protocolos. Nesse ínterim culpam os serviços de tecnologia da informação. No entanto, em relação a este quesito pesquisado, foi bastante comentado como barreira ao processo estratégico, a falta de participação da alta direção nos interesses e necessidades das especialidades no âmbito da gestão da criação do conhecimento. Esta causa não foi arrolada como barreira, pelo menos pelos estudiosos citados no corpo de referências. Conforme comentado anteriormente, talvez tenha sido esta a causa do pouco entrosamento das especialidades com a necessidade comercial das negociações do hospital com as operadoras dos planos de saúde.

Sobre os meios de difusão do conhecimento no sentido de facilitar o compartilhamento das idéias pelos vários profissionais, o hospital e as especialidades demonstraram possuir um bom arsenal de recursos. Entretanto, na percepção dos gestores médicos pesquisados, o compartilhamento poderia (deveria) ser mais motivante. Ressalta-se que este é um aspecto muito subjetivo da pesquisa, mas se verdadeiro, denota uma barreira que tende a enfraquecer a formação de uma linguagem única legitimada pelo uso de todo hospital. Uma vez pouco legitimada, perde o hospital a chance de tornar claro e seguro seus objetivos e metas estratégicos. A TI tem papel de destaque nessa questão.

Diante do exposto até aqui, são inequívocas as oportunidades de melhorias do processo estratégico em relação: (1) ao envolvimento da alta direção com os interesses das especialidades médicas no sentido de explorar a gestão dos protocolos médico-assistenciais como recursos estratégicos inquestionáveis; (2) a formas de promover de modo mais eficaz o compartilhamento das idealizações das equipes assistenciais; (3) à agilidade da TI; (4) e, indiscutivelmente, o compartilhamento de idéias com quem “paga as contas” – as operadoras de planos de saúde.

No entanto, para bem reforçar as assertivas anteriores, é fundamental que as organizações hospitalares acreditem nesta proposta. A evidência nesta aposta por parte das organizações hospitalares poderia vir de várias formas. Por exemplo: (a) através da criação de um centro de resultados para essa gestão; (b) da escolha de um gestor responsável por esse

Gestão estratégica do conhecimento baseada na construção de protocolos médico-assistenciais: o compartilhamento de idéias entre parcerias estratégicas como vantagem competitiva

centro de resultados; (c) tendo políticas claras de TI voltadas para a criação e difusão do conhecimento; (d) ultrapassar os limites da organização e convidar as operadoras de planos de saúde e representantes das comunidades para que também venham compartilhar e ajudar na legitimação de linguagens mais modernas; (e) e neste seguimento, a gestão estratégica do conhecimento também passaria a ter uma atitude educativa e pró-ativa.

REFERÊNCIAS

COFFEY, R. J. et al. An introduction to critical paths. *Quality Management in Health Care*, Frederick, v. 14, n. 1, p. 46-55, 2005.

DRUMMOND, J. P.; SILVA, E.; COUTINHO, M. *Medicina baseada em evidências: novo paradigma assistencial e pedagógico*. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2002.

FIGUEIREDO, S. P. *Gestão do conhecimento: estratégias competitivas para a criação e mobilização do conhecimento na empresa*. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2005.

GUPTILL, J. Knowledge management in health care. *Journal of Health Care Finance*, Frederick, v. 31, n. 3, p. 10-14, 2005.

HERNANDEZ, R. S.; KALUZNY, A. D. Organizational innovation and change. In: SHORTELL, S. M.; KALUZNY, A. D. *Essentials of health care management*. Albany: Delmar Publishers, 1997. p. 355-380.

NONAKA, I.; TAKEUCHI, H. *Criação de conhecimento na empresa: como as empresas japonesas geram a dinâmica da inovação*. 14. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1997

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. *A transformação da gestão de hospitais na América Latina e Caribe*. Brasília: OPAS/OMS, 2004.

POPE, C.; ZIEBLAND, S.; MAYS, N. Qualitative research in health care: analyzing qualitative data. *British Medical Journal*, London, v. 320, p. 114-116, 2000.

REA, L.; PARKER, R. *Metodologia de pesquisa: do planejamento à execução*. São Paulo: Pioneira, 2000.

SACKETT, D. et al. *Medicina baseada em evidências: prática e ensino*. 2. ed. São Paulo: Artmed, 2003.

SANCHEZ, R.; HEENE, A. *Strategic learning and knowledge management*. Chichester: SMS, 1997.

SANTIAGO JUNIOR, J. R. S. *Gestão do conhecimento: a chave para o sucesso empresarial*. São Paulo: Novatec, 2004.

ULRICH, D.; LAKE, D. *Organizational capability*. New York: John Wiley & Sons, 1990. p. 55-75.

VON KROGH, G.; ICHINO, K.; NONAKA, I. *Facilitando a criação de conhecimento: reinventando a empresa com o poder da inovação contínua*. Rio de Janeiro: Campus, 2001.

ZACK, M. H. Managing codified knowledge. *MIT Sloan Management Review*, Cambridge, v. 40, n. 4, p. 45-58, 1999.

**STRATEGIC KNOWLEDGE MANAGEMENT BASED IN THE MEDICAL
PROTOCOLS DEVELOPMENT: THE SHARE OF BELIEFS BETWEEN STRATEGIC
PARTNERS LIKE COMPETITIVE ADVANTAGE**

Abstract

This qualitative study analyses the strategic process in the perceptions of medical managers in a private hospital and leaders of a health insurance company on medical care protocols. Study design and analysis of results followed theoretical principles of knowledge sharing, barriers to knowledge management, and partnership management. In-depth interviews were conducted according to results of previous focus group interviews. The interviews investigated: (1) the contextual barriers to knowledge management; (2) the means and procedures used to create and share knowledge; (3) and the degree of participation of health insurance companies in the development of protocols and in the process of sharing objectives and knowledge of healthcare processes. Results indicate that there are no important barriers to accept the new language introduced by protocols that express new paradigms. However, findings showed little top management involvement with the groups of specialists at the time of dealing with them as business units. It also identified difficulties in sharing ideas among the members of the technical team and between this team and the health insurance company.

Keywords: Knowledge Management Context; Protocol Development; Strategic Process in Hospitals.

Data do recebimento do artigo: 09/12/2006

Data do aceite de publicação: 20/03/2007