

## Operações em Saúde Baseadas em Conhecimento: uma Proposta para Serviços de Alta Complexidade

**Autoria:** Maria de Lourdes Borges, Cláudio Reis Gonçalves

### Resumo

Este estudo propõe-se a distinguir o conhecimento organizacional como insumo para as operações de serviços em saúde de alta complexidade. Procurou-se caracterizar elementos diferenciadores para que hospitais, especificamente na prestação de serviços intensivos em conhecimento, possam promover a transformação das operações de uma organização baseada em informação para uma organização baseada em conhecimento. Através de um estudo de caso exemplar em um hospital privado do Rio Grande do Sul, focado na resolução de problemas de alta complexidade, com 400 leitos e 2000 funcionários, identificou-se esses elementos diferenciadores que possam facilitar a elaboração de estratégias baseadas em conhecimento. Entre os elementos evidenciados, salientam-se as mudanças de concepção de paciente para cliente, e conseqüentemente, de modelo hospitalista para assistencialista. A proposta de operações em serviços de saúde de alta complexidade está embasada na qualificação da assistência que engloba o acesso, a permanência e a continuidade do tratamento oferecido aos clientes.

Palavras-chave: conhecimento organizacional, operações em saúde, administração hospitalar.

### 1. Introdução

Este estudo se propõe a identificar uma mudança de posicionamento estratégico em operações de serviços em saúde, especificamente, para hospitais que prestem serviços de alta complexidade. As operações em saúde que valorizem o conhecimento como um ativo estratégico, procuram implementar um processo contínuo de “garimpar” e “compartilhar” experiências vivenciadas em todas as funções que participam na cadeia de valor da prestação do serviço. Neste artigo, parte-se do pressuposto que esta é uma indispensável alternativa estratégica para que serviços de alta complexidade possam incrementar os seus resultados de sucesso.

A gestão sobre os recursos e a qualidade do atendimento no setor da saúde vem recebendo mais atenção devido ao aumento da complexidade do atendimento, bem como da ampliação dos sistemas de saúde (BOADEN & ZOLKIEWSKI, 1998; CAMPBELL *et al.*, 2000; BLOOM, 2008 e outros). Porém, a gestão das organizações de saúde necessita evoluir a partir da escolha de melhores estratégias e de imperativos organizacionais que promovam o desenvolvimento do conhecimento como agregação de de valor para toda a cadeia e, principalmente, para os pacientes (PORTER & TEISBERG, 2007).

Diante da emergência desta alteração de enfoque no processo de atenção aos pacientes, as organizações hospitalares precisam trabalhar em uma nova concepção: de ‘paciente’ para ‘cliente’. Esta nova visão, baseada nos princípios da qualidade do atendimento, enfoca a necessidade de uma nova estrutura, novos processos e conseqüentemente novos resultados.

É possível perceber que está ocorrendo uma preocupação com a estrutura baseada em conhecimento para as organizações que prestam serviços de saúde no setor americano o qual vem sendo criticado para que se torne mais inteligente, flexível e embasado em conhecimento (WICKRAMASINGHE, 2008). No Brasil, a importância do conhecimento nas organizações de saúde, também, parece estar frente a uma mudança paradigmática (PAIM, 2005).

Diante deste cenário, as organizações de serviços em saúde estão sendo demandas a realizar uma transformação no que se refere ao posicionamento estratégico frente à aquisição e transferência de conhecimento na sua cadeia de valor. Desta maneira, emerge a questão

norteadora deste estudo: *Como hospitais que prestam serviços complexos em saúde conseguem evoluir de operações baseadas em informação para operações baseadas em conhecimento?*

Está ocorrendo grande preocupação com o uso e construção do conhecimento para a prática de gestão na área da saúde, pois se pode perceber que há a necessidade de uma mudança comportamental que considere o conhecimento coletivo, incentivando a explicitação dos conhecimentos para a organização (BORBA & KLIEMANN NETO, 2008).

Foi realizada uma pesquisa em um hospital de alta complexidade do Rio Grande do Sul (Brasil), o qual possui 400 leitos e aproximadamente 2000 funcionários. A pesquisa apresenta uma abordagem qualitativa e utiliza a estratégia de investigação do estudo de caso. A unidade de análise para este estudo é o Centro Vascular, um dos serviços especializados da Instituição que foi a primeira da América Latina a oferecer em uma única unidade a prevenção, o diagnóstico e o tratamento das especialidades das doenças cardio e cerebrovasculares, de forma interdisciplinar e inovadora.

O artigo apresenta, primeiramente, o referencial teórico sobre a identificação das organizações baseadas em informação e conhecimento e sobre gestão do conhecimento nos serviços de saúde, e em seguida, a metodologia da pesquisa, e a discussão dos resultados empíricos. A partir dessa discussão é que emerge o modelo proposto, e em seguida as considerações finais.

## 2. A Organização de Saúde baseada em Informação

O cuidado da saúde iniciou com a prática *'solo'* do médico, um hábil generalista que detinha o conhecimento médico e o aplicava nos seus pacientes. O desenvolvimento organizacional da gestão em saúde começou da década de 1970 com a introdução da gestão da qualidade e, conseqüentemente com a preocupação com sua melhoria a partir das idéias de Donabedian e Codman (KOECK, 1998).

A garantia da qualidade e a avaliação da performance têm sido questões centrais na medicina (CHOUDHRY *et al.*, 2005). Na literatura encontra-se intenso interesse pelo estudo da qualidade nas organizações de saúde e nos ambientes hospitalares (ARASLI & EKIZ, 2008; COLLINS & JOYCE, 2008; RUTHES & CUNHA, 2007; BORBA & KLIEMANN NETO, 2008). Os programas de qualidade produziram uma mudança na filosofia gerencial das organizações de saúde, pois melhoraram a gestão dos recursos humanos, sistemas de informação, desenho dos processos, atendimento ao paciente e métodos de *benchmarking* (JOHNSON & OMACHONU, 1995), ou seja, houve melhoramento no resultado dos processos internos.

Serviços em saúde são caracterizados por uma carência de tangíveis, um alto grau de incerteza, alto envolvimento na interação com o cliente (consumidor) na entrega do serviço e uma cultura profissional baseada no individualismo e autonomia (BOADEN & ZOLKIEWSKI, 1998).

Mesmo com os avanços de gestão introduzidos pela gestão da qualidade nas organizações de saúde e diante das mudanças globais que todos os setores estão passando, o sistema de saúde precisa desenvolver novas possibilidades, dentro de sua característica. É preciso dar mais atenção ao desenvolvimento de uma dinâmica institucional em uma variedade de contextos. Atualmente, os sistemas de saúde continuam organizados como no século XX em alguns países. Sistemas de saúde são artefatos sociais e políticos e podem ser organizados diferentemente. Sistemas de saúde são maneiras de produzir e organizar o acesso à *expertise* do conhecimento e das tecnologias que dele derivam. É preciso, no século XXI, mais empenho para explorar diferentes maneiras para produzir e entregar serviços, mais do

que simplesmente intensificar esforços de recriar os existentes (BLOOM, 2008), tal como é preconizado pela gestão da qualidade.

A realidade da prática solitária do médico em sua clínica particular foi suplantada por uma rede de consultores altamente especializados que dependem do outro para complementar sua *expertise*, bem como de um hospital moderno, onde as pessoas se unem em categorias profissionais, trabalhando com sistemas altamente complexos e interativos. Devido ao aumento da complexidade, tornou-se impossível um indivíduo controlar a operacionalização deste sistema e garantir alta qualidade. Assim, quanto maior a complexidade dos problemas enfrentados por uma organização, mais complexo será seu processo de mudança. A literatura de comportamento organizacional e de gestão organizacional pode oferecer *insights* para estas organizações complexas, tais como o pensamento atual de gestão e da experiência de outras indústrias (KOECK, 1998). Porém, a complexidade dos serviços em saúde é desconhecida em outras indústrias. É surpreendente que ainda não existe uma função de planejamento do negócio de serviços de saúde a partir da perspectiva gerencial (SCHELLENS, 2004).

### 3. A Organização de Saúde baseada em Conhecimento

Neste novo cenário competitivo, as organizações hospitalares vêm enfrentando os desafios de adaptar ao seu contexto de complexidade diferentes concepções, entre as quais, aparece a variedade de paciente-cliente-usuário, na qual entram em jogo outros atores, como as companhias de seguros, os planos de saúde e, sobretudo, um paciente-cliente melhor informado, com mais possibilidades de exigir e com menos diferença de informação frente ao médico e ao serviço de saúde (POSADA, 2006).

Para Bloom (2008), os sistemas de saúde devem ser vistos como economias de conhecimento, que são maneiras da organização acessar o conhecimento ou *expertise* (definido como informação mais interpretação e melhor julgamento) incorporada nas pessoas, produtos e clientes em que múltiplos tipos de relações de poder estão incrustados.

No modelo de assistência tradicional dos serviços em saúde, o pessoal da administração envolvia-se principalmente com médicos e enfermeiros. Esta postura foi ampliada para englobar também o paciente, a partir tanto do fornecimento de serviços, quanto do suporte a esses serviços. Nesta nova concepção, o paciente passa a ser percebido como cliente, ou seja, como consumidor de serviços em saúde, consciente de seus direitos de consumidor e exigindo melhoria da qualidade nas ações e nos serviços prestados (BOADEN & ZOLKIEWSKI, 1998).

Portanto, as organizações prestadoras de serviços de alta complexidade em saúde vêm se preocupando em compartilhar e adquirir conhecimento com os clientes e/ou consumidores. Como exemplos de organizações que têm esse direcionamento pode-se citar: 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 (GUPTILL, 2005).

O programa Human Health Care do grupo farmacêutico EISAI 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 *contexto (ba)* gerador de novos conhecimentos, através de uma comunidade estratégica de conhecimento embasada na sinergia entre os pacientes e a companhia. A EISAI encontrou dentro do ambiente das pessoas doentes (famílias e cuidadores) outras formas de organizar o conhecimento e de competências, por considerar que as suas competências científicas, medicinais e industriais são parciais em relação às necessidades da sociedade, (FAYARD, 2003).

Observa-se, portanto a emergência de uma nova perspectiva, a partir do ‘paciente’ entendido como fruto de um sistema centralizado, com características de passividade, o qual aceitava sem questionar as recomendações realizadas pelo profissional de saúde, para um modelo em que o consumidor é visto como ‘cliente’. Nesta nova perspectiva, o cliente interage com o profissional de saúde, discute o diagnóstico e as recomendações, uma vez que o conhecimento médico encontra-se cada vez mais acessível através dos canais de comunicação e da *Internet*, exigindo, porém uma nova postura de todos os profissionais de saúde.

Para o sucesso dos cuidados com a saúde, o modelo baseado na abordagem de sistemas pressupõe que os resultados do estado final do paciente, bem como do alívio de seus sintomas, sejam frutos de processos de interação (além dos cuidados médicos, envolvendo relações sociais e psicológicas) entre o usuário e os profissionais, subsidiados em uma estrutura de recursos e gestão adequados (CAMPBELL *et al.*, 2000). Esse modelo pressupõe uma relação circular, na qual os resultados finais impactam fortemente na estrutura e na definição dos processos de atendimento (BORBA & KLIEMANN NETO, 2008).

A organização cria valor para o cliente quando ele é beneficiado através de um sistema de alta qualidade de informação, soluções específicas para o seu caso e que resultam em sucesso (HANSEN *et al.*, 2005). Assim, nos serviços de saúde, o cliente espera que o atendimento lhe adicione valor à sua vida. A criação de valor ao cliente depende de como a estratégia de conhecimento da organização de saúde reflete a sua estratégia competitiva. Por isso, é importante que seja feita uma conexão explícita entre a estratégia competitiva da organização e do uso do conhecimento como fator diferencial (HANSEN *et al.*, 2005).

#### **4. Gestão do Conhecimento nos Serviços de Saúde**

A medicina, assim como a gestão de outros serviços, é estruturada exclusivamente sobre o conhecimento. Torna-se necessário, portanto, uma estrutura organizacional que canalize este conhecimento em prol de uma estratégia competitiva (HANSEN *et al.*, 2005). A gestão do conhecimento pode trazer inúmeros benefícios ao contexto das organizações de saúde. 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. Assim, gestão do conhecimento pode ocorrer em longo prazo e, assim, trazer um compromisso sustentável para a mudança da cultura nas organizações de saúde, tornando-as mais colaborativas, transparentes e pró-ativas (GUPTILL, 2005).

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. Entre os outros elementos percebidos, encontraram processos de gestão do conhecimento através da presença de bons relacionamentos de trabalho.

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. Portanto, para o sucesso de estratégias de 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).

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. 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 se 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, 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.

Nesta pesquisa apresenta-se uma estrutura conceitual que analisa as diferenças entre uma organização de saúde baseada em informação *versus* a baseada em conhecimento. A partir da investigação de um caso exemplar e revelador, foi possível tanto observar os elementos que caracterizam essas diferenças, como propor um modelo de operações em saúde baseadas em conhecimento.

## 5. Metodologia

Este estudo centra-se no campo das ciências sociais aplicadas, através de uma abordagem qualitativa, utilizando-se a estratégia de investigação do estudo de caso. A unidade de análise para este estudo é uma **unidade vascular**, um dos serviços especializados de um hospital privado de alta complexidade do Rio Grande do Sul (Brasil) com 400 leitos e aproximadamente 2.000 funcionários. Este estudo é identificado como um caso revelador, pois apresenta a oportunidade de observar e analisar o fenômeno da estratégia organizacional para promoção 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.

A inserção no campo de pesquisa resultou em 43 visitas realizadas de abril de 2006 a janeiro de 2008 e em 131 horas entre familiarização, observação e entrevistas. Isto foi necessário para identificar padrões recorrentes de eventos e/ou relacionamentos. Além das observações, foram realizadas 17 entrevistas, sendo seis delas com a alta administração. Foram entrevistados dois diretores da Instituição (hospital), um assessor da direção, a gerente da Universidade Corporativa, o diretor e o gerente administrativo da Unidade Vascular. Além destas, foram realizadas sete entrevistas com o pessoal que trabalha na Unidade de Internação, englobando a média gerência operacional e os profissionais que lidam diretamente com o cliente tais como médicos, enfermeiras, técnicos de enfermagem, nutricionista.

As *expertises* da Unidade Vascular estão nas doenças Acidente Vascular Cerebral, Síndrome Coronariana Aguda, doenças da aorta e Doença Arterial Periférica. Dentro do sistema de emergência do Hospital, foi criada a Unidade Vascular para servir de “*pit stop* da sobrevivência”, que segue as diretrizes das sociedades americanas e européias 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). Os principais serviços de referência que serviram de *benchmarking* para a implantação no ano de 2002 da Unidade Vascular foram: Mayo Clinic, Cleveland Clinic Heart and Vascular Institute, Massachusetts General Hospital’s Cardiovascular Disease Prevention Center e Texas Heart Institute (HMD, 2007).

Assim, a partir das evidências identificadas, construiu-se uma estrutura de análise de um hospital baseada em conhecimento. A estrutura de análise equivale ao que Meredith (1993) denomina de Estrutura Conceitual Indutiva, uma vez que nesta abordagem, a partir da análise do fenômeno a natureza do sistema é inferida. Neste estudo, a Estrutura Conceitual apresentada é uma interpretação que revela papéis e regras explicitando características latentes do fenômeno da estrutura de organizações de saúde baseadas em conhecimento. O objetivo da indução conceitual é explicar um fenômeno através do relacionamento entre os diversos elementos do sistema (MEREDITH, 1993). Por outro lado, Pettigrew (1997) reconhece que os padrões indutivos caminham ao lado dos dedutivos, e que a separação entre padrões indutivos e dedutivos pode ser feita para compreensão analítica, uma vez que é muito difícil separar o componente dedutivo no balanço entre indução e dedução no processo de pesquisa

Portanto, após a coleta dos dados, procedeu-se a descrição das evidências a partir do embasamento da Análise de Conteúdo (BARDIN, 1977). Através da análise de conteúdo foi possível identificar procedimentos sistemáticos através da descrição do conteúdo das mensagens na prestação de serviços em saúde. Após a realização da análise das evidências e da discussão dos resultados é que foi possível identificar procedimentos, ações e intenções que denotam as características do modelo proposto de operações em saúde baseadas em conhecimento.

## 6. Apresentação e Análise do Caso

A partir das evidências levantadas no estudo de caso exemplar, tornou-se possível identificar alguns procedimentos, ações e intenções que denotam as características tanto da organização baseada em informações como da organização baseada em conhecimento.

### 6.1. Características Evidenciadas como Organização baseada em Informação

No modelo da organização de saúde baseado em informação, as diferenças de qualidade para o mesmo tratamento em organizações similares não são valorizadas nem pelo cliente, nem pela fonte pagadora. Neste modelo de remuneração, vigente na atualidade, ocorre uma disputa por quem vai pagar pelo quê entre os planos de saúde e as instituições. Ou seja, o resultado é buscado através da redução de custo. Isto gera um fracasso na competição que não recompensa os melhores prestadores de serviço e os piores não vão à falência. Ocorre assim, uma competição no nível errado e pelas coisas erradas (PORTER & TEISBERG, 2007). Conforme um dos entrevistados : “Isto representa uma miopia da fonte pagadora”.

Por isto, o valor financeiro para a organização, na estrutura baseada em informação, encontra-se na redução de custos, o que pode ser compreendido como um valor tangível.

“Hoje trabalha-se por redução de custo, pois isso não é ainda possível no Brasil, mas pode-se negociar no futuro, um *pay for performance*, pagar por performance, por resultado” (Entrevistado EC4).

O modelo de atendimento tradicional é o **modelo hospitalista** (regime de internação), o qual está centrado em atendimentos focalizados em intervenções agudas e na permanência do paciente internado no hospital. O paciente é visto como passivo, dependente e em uma relação de assimetria com o médico e com outros profissionais da saúde.

As especialidades clínicas são tratadas como separadas e independentes, e cada uma tem o seu ‘domínio’. Há dificuldade de sistematização das informações, bem como para coletar e armazenar os dados e para gerar relatórios que possam embasar ações de melhoria. Atualmente, isto não é realizado de forma sistêmica, e sistematizada. O conhecimento basicamente permanece no nível individual e a comunicação com a equipe da Unidade de Internação ocorre de maneira informal entre o médico e os outros profissionais da saúde.

O resultado da adesão do paciente é escassamente controlado, uma vez que existe pouca mensuração. Os estímulos para a adesão são realizados, neste modelo, através de recomendações multiprofissionais durante a internação. Nestas recomendações, são passadas informações para que o paciente as realize depois da alta hospitalar. Essas recomendações são realizadas do modo particular de cada profissional.

Para a organização de saúde baseada em informação, após a alta hospitalar, o paciente fica vinculado com o médico em seu consultório particular, o qual fica sendo a sua referência e não o hospital em que foi internado. Por isso há uma fidelização do paciente ao médico. Os médicos são educados para trabalharem neste tipo de modelo tradicional, os quais são culturalmente voltados para a realização de intervenções, em um modelo hospitalista.

## 6.2 Características Evidenciadas como Organização baseada em Conhecimento

No modelo da organização de saúde baseado em conhecimento, a qualidade dos serviços prestados vai ao encontro da qualificação da assistência, para a qual a premissa da 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). Isto está embasado no aprimoramento da capacidade de mensuração, isto é uma medicina de registros.

A elevação da qualidade dos serviços prestados deve-se fortemente aos 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).

O modelo que subsidia a estrutura baseada em conhecimento é o Modelo Médico Assistencial, o qual planeja, organiza, e controla a gestão clínica do hospital estruturado em especialidades, sob a responsabilidade da Controladoria Médico-Assistencial. As especialidades são organizadas em três estratos, sendo que as seis especialidades de relevância epidemiológica são aquelas que recebem mais atenção em termos de indicadores, renovação de protocolos e organização em Centros de Conhecimento.

Pode-se compreender que o Modelo Médico Assistencial representa o elemento crítico para a estratégia de conhecimento no sentido de agregar valor desenvolvendo novas vantagens competitivas (WIGG, 1997). Observa-se que a Controladoria Médico Assistencial assume a responsabilidade de gestor do conhecimento institucional. 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 assume um importante papel na gestão do conhecimento, tal como um guardião, um *gatekeeper*, através das especialidades organizadas através de contrato e modelo de gestão.

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 centraliza, controla e fomenta novos conhecimentos analisando os resultados médicos através de exigências éticas e legais. Pode-se também compreender estes processos como uma maneira na qual a Instituição procura incorporar suas experiências e conhecimento (MAIER & REMUS, 2002).

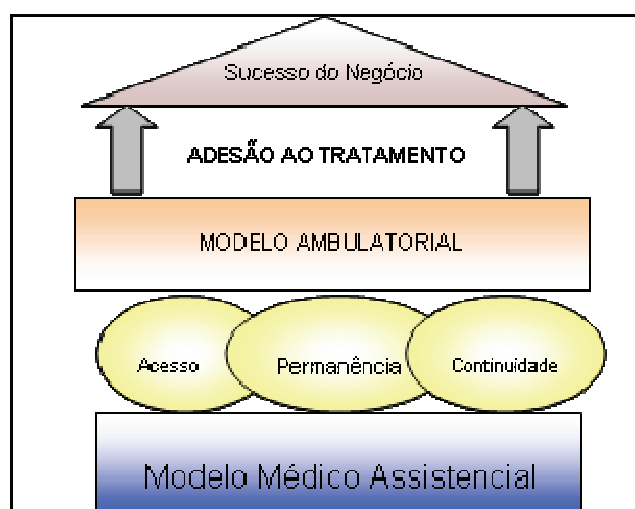


Figura 1: Modelo Médico Assistencial

Fonte: Dados da pesquisa

O modelo ambulatorial está centrado na proposta de assistência que possui um caráter de serviço preventivo e de atenção integral em regime de não internação, pois está estruturado ao atendimento de serviços menos complexos (AMARAL, 1997; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1987). A mudança de concepção estratégica inclui a adesão do cliente ao tratamento como uma consequência de toda a prestação de serviço, e na Instituição pesquisada observam-se ações que estão sendo tomadas no sentido de posicionamento para captar melhores resultados da adesão no cliente. A adesão ao tratamento recomendado ocorre na fase de continuidade do tratamento, a qual é subsidiada pelo modelo ambulatorial. A adesão é produto da implantação de um **modelo ambulatorial com resultados de longo prazo**.

Neste modelo, o paciente passa a ser visto como cliente, a partir do vínculo que estabelece com o ambulatório, no qual realiza a continuidade do seu tratamento através de interações mais simétricas com o profissional de saúde. Tem a possibilidade de discutir o diagnóstico e as recomendações, uma vez que o conhecimento médico encontra-se cada vez mais acessível através dos canais de comunicação e da *Internet*. O modelo ambulatorial é propício para atendimento de pessoas com doenças crônicas.

O valor da organização passa a incluir o intangível, ou seja, o conhecimento passa a ser um dos maiores ativos da Instituição, valorizado como um recurso estratégico e assim



identificado na cadeia de valor. A adesão do cliente ao tratamento recomendado é o resultado do exercício da atividade segundo a nova cadeia de valor, na qual é mensurado o resultado da aplicação do plano de alta, o gerenciamento das condições do cliente, do cumprimento da terapia e das alterações no seu estilo de vida (PORTER & TEISBERG, 2007). Estas ações são facilitadas se o cliente estiver vinculado ao ambulatório, em que comparece periodicamente para participação em grupos de acompanhamento pós-alta, realizando exames e consultas de rotina. Ou seja, o cliente está vinculado a um programa hospitalar para redução de eventos futuros.

Neste modelo de organização baseada em conhecimento, o cliente reconhece a capacidade de a instituição resolver seus problemas, e como consequência ocorre o almejado bem-estar do cliente. 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). O cliente estabelece o vínculo com a instituição (através do ambulatório) e fica fidelizado à marca institucional e não ao médico e ao seu consultório.

“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 da unidade vascular”.(Entrevistado EC6)

O conhecimento é compreendido, portanto 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.

Este posicionamento centrado em conhecimento, deve trazer, além de resultados assistenciais, resultados financeiros através da fidelização do cliente. Atualmente a fonte pagadora não remunera ações que não estão dentro da permanência do cliente dentro do hospital, porém esta Instituição tem a intenção estratégica de reverter essa situação. 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.

Esta estratégia, porém é um investimento de médio e longo prazo.,Reconhece-se que é um programa para redução de eventos onde todos podem sair ganhando, a Instituição libera leitos para pacientes com alta complexidade, a fonte pagadora diminui o custo do paciente e economiza na seqüência de eventos e o paciente tem menos problemas devido à falta de adesão ao tratamento. Por isto, esta estrutura deveria ser remunerada por resultado.

O Modelo Médico Assistencial gera muita resistência pelos profissionais da saúde, pois a formação médica é voltada para a intervenção e internação. No modelo da organização de saúde baseado em conhecimento, as fronteiras das especialidades tornam-se mais flexíveis, através de uma visão transdisciplinar, partindo da condição clínica e não da especialidade. Por exemplo, parte-se da condição médica que é a arterosclerose, depois a segunda faixa é arterotrombose, que são eventos agudos relacionados a arterosclerose, então ao cérebro, ao coração, ao sistema periférico, e depois, embaixo o Instituto.

“Nós não fizemos cardiologia, neurologia, colocamos tudo isso dentro de um mesmo processo, o aspecto original que estamos desenvolvendo” (Entrevistado EC4, 2007).

A equipe troca informações em um contexto capacitante de conhecimento de maneira formal e informal. A Controladoria coordena encontros periódicos e multiprofissionais das especialidades para a renovação dos protocolos. Ocorrem também reuniões científicas semanais, *rounds* técnicos, e conversas informais. A enfermagem aplica o Modelo de Cuidado Integral (MCI), o qual 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, e após a alta, o enfermeiro telefona para o paciente para mais orientações (HMD, 2004).

Assim, com a reunião de diversos conhecimentos, o instituto oferece produtos aos clientes (por exemplo, adesão do cliente a uma “cesta básica” de procedimentos e medicação). 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 se observa no Instituto (BUKOWITZ & WILLIAMS, 2002).

## 7. A Comparação entre Organizações de Saúde baseadas em Informação e em Conhecimento

Através da observação de que as organizações de saúde encontram-se, em sua maioria, baseadas em informação, quando a organização passa a ser baseada em conhecimento, vários elementos constitutivos demandam mudança de concepção. O quadro 1 resume as características dessas mudanças advindas deste estudo.

A partir do momento que a organização de saúde percebe o consumidor como **cliente**, isto, por si só, pressupõe uma mudança estrutural, uma vez que o **paciente** é historicamente percebido como dependente, frágil, sem informação nem domínio do conhecimento médico, em virtude de um poder médico atribuído sobre o doente e a doença. Ao entender o consumidor como cliente, toda a estrutura organizacional deve estar orientada para conviver com um consumidor ativo, que espera por interações simétricas com os profissionais cientes de seus direitos e bem informados sobre a sua doença.

Para a mudança de atitude frente ao consumidor, tratando-o como cliente, sugere-se que a estrutura hospitalar funcione no modelo Ambulatorial, o qual prevê que a assistência oferecida ao cliente englobe o acesso, a permanência e a continuidade do tratamento. Para apoiar esta transformação, é necessário inserir na atividade assistencial o valor ao conhecimento, reestruturando toda a cadeia de valor os serviços prestados. O resultado do tratamento do cliente é produto do exercício de toda a cadeia de valor interna à organização, isto é, o produto da qualificação da assistência como um todo, e não somente do controle de qualidade de processos isolados (como no modelo baseado em informação). Além disso, a organização de saúde baseada em conhecimento se compromete com o cliente mesmo quando ele estiver fisicamente longe da organização, através do monitoramento das suas condições de saúde. A manutenção do contato remoto com o cliente pode fazer com que a solução do seu problema torne-se uma das principais causas da eficácia organizacional.

Elemento	Organização baseada em informação	Organização baseada em conhecimento
Consumidor	PACIENTE	CLIENTE
Modelo	Hospitalista Permanência do paciente, Intervenção/ hospitalização	Ambulatorial Modelo Médico Assistencial (Acesso, permanência e continuidade)
Valor	Tangível Redução de Custos	Intangível Geração de novos conhecimentos através da gestão da controladoria assistencial. Conhecimento aplicado na cadeia de valor
Qualidade	Diferenças de qualidade para o mesmo tratamento não são valorizadas nem pelo cliente, nem pela fonte pagadora (PORTER & TEISBERG, 2007)	Qualificação da assistência, segurança para o cliente. Processos de Acreditação Capacidade de mensuração, medicina de registros
Especialidades	Separadas e independentes Dificuldade em armazenar informações, coletar e armazenar dados	Controladoria Médico Assistencial Controla e organiza a gestão clínica das especialidades Contrato com modelo de gestão de prestação de contas, renovação de protocolos
Adesão ao tratamento	Baixo controle/ pouca mensuração, Recomendações multi-profissional durante a internação	Resultado ( <i>feedback</i> ) do serviço Alto controle Conseqüência da cadeia de valor Programa hospitalar para redução de eventos Habilidades comunicacionais e interação dos profissionais com o cliente são valorizadas para passagem do conhecimento
Cliente	Vínculo/ fidelização com o médico Referência no médico e no seu consultório Tratado como paciente	Reconhece a capacidade da Instituição de resolver seus problemas Vínculo além do médico, também com a Instituição/ fidelizado à marca
Resultado	Por redução de custos Remuneração por intervenção Fracasso na competição (fonte pagadora não premia os melhores, nem pune os piores) Miopia da fonte pagadora	Retorno financeiro pela fidelização do cliente à Instituição Conseqüência do Modelo Médico Assistencial Competição pela cadeia de valor baseada em conhecimento Tentativa da instituição de reverter a situação através da conquista de clientes institucionais
Fonte pagadora	Investimento de curto prazo Remunera por intervenções emergenciais	Investimento de médio e longo prazo Proposição de programa hospitalar para redução de eventos Pagamento por resultados atingidos
Barreiras	Modelo histórico Médicos são culturalmente voltados para intervenção em modelo hospitalista	Modelo gera resistência dos profissionais da saúde Resistência à mudança de estrutura.

Quadro 1: Elementos diferenciadores para uma organização de saúde baseada em conhecimento  
Fonte: Dados desta pesquisa

## 8. Modelo para Operações de Serviços em Saúde baseadas em Conhecimento

A proposta do modelo para operações de serviços complexos em saúde baseadas em conhecimento está sustentada no **modelo de qualificação da assistência** que engloba o acesso, a permanência e a continuidade do tratamento oferecido aos clientes pela organização de saúde. O modelo de qualificação da assistência representa um avanço em termos de

compreensão do desempenho das organizações de saúde, bem como uma reconfiguração na atuação do cliente, uma vez que a responsabilidade pelo seu bem-estar ultrapassa o **diagnóstico e intervenção**, ambos realizados na internação hospitalar, incluindo o **acesso e a continuidade** do tratamento.

A segurança para o cliente é assegurada pela mobilização de recursos de alta complexidade, produzindo maior eficácia no conjunto dos resultados. Na figura 2 é apresentada a comparação entre as características de operações em saúde baseadas em informação e operações de saúde baseadas em conhecimento, quanto às etapas da qualificação da assistência.

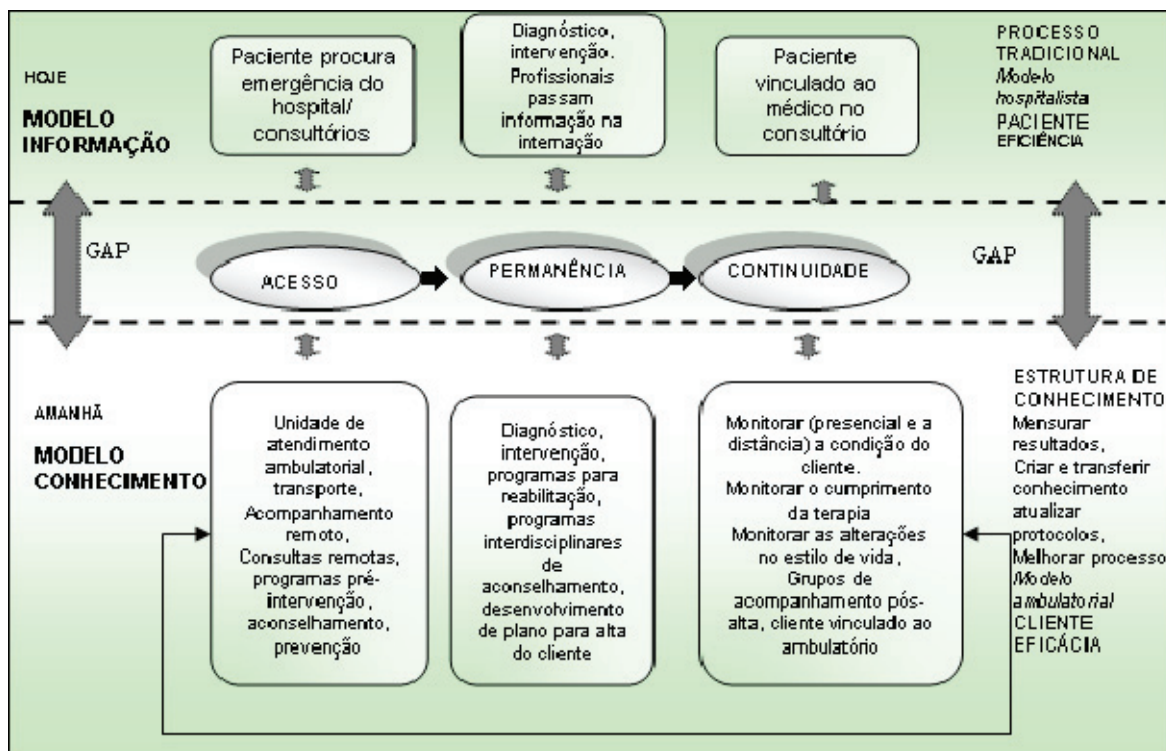


Figura 2: Modelo para identificar operações de saúde baseadas em conhecimento  
 Fonte: Dados desta pesquisa

### 8.1. O acesso

No modelo atual, aqui designado como modelo baseado em informação, o cliente tem acesso à Instituição hospitalar através da emergência do hospital ou por agendamento de procedimentos através dos consultórios médicos. No modelo baseado em conhecimento, o acesso ao atendimento é realizado através da unidade ambulatorial da Instituição, a qual dispõe de sistema de transporte, se necessário. Para o acesso, o ambulatório dispõe de acompanhamento remoto (à distância, por telefone ou via *Internet*), bem como de consultas remotas. O ambulatório dispõe também, para esta etapa do acesso assistencial de transporte para a locomoção dos clientes, além de programas de pré-intervenção, para sensibilizar o cliente, aconselhamento e prevenção, através de grupos preventivos das doenças crônicas e contagiosas de maior morbimortalidade.

### 8.2. A permanência

A etapa da permanência na assistência é a etapa mais valorizada no modelo baseado em informação (e atualmente vigente), também designado de modelo hospitalista, o qual

pressupõe que a principal atribuição da organização de saúde é a realização de diagnóstico e da intervenção. Atualmente, neste modelo, quando o paciente está internado, são passadas recomendações para que ele siga depois da alta hospitalar, sem nenhum tipo de acompanhamento posterior, ficando o seguimento do tratamento sob sua única responsabilidade.

No modelo baseado em conhecimento, a etapa da permanência, além do diagnóstico, preparação, intervenção, envolve também programas para reabilitação, programas interdisciplinares de aconselhamento, desenvolvimento de plano para alta do cliente.

### 8.3 A continuidade

A etapa da continuidade na assistência é a etapa menos valorizada no modelo baseado em informação, pois o seu foco é na intervenção quando o paciente está internado no hospital. No modelo hospitalista, a continuidade do tratamento acontece no consultório particular, com o paciente vinculado ao médico. Assim, cabe ao médico passar as informações e controlar os resultados das recomendações realizadas. Na maioria das vezes esse processo não ocorre, e o paciente acaba voltando a procurar o médico ou a emergência do hospital, quando ocorreram descompensações em função da não adesão ao tratamento recomendado.

No modelo baseado em conhecimento, a etapa da continuidade ao tratamento é muito valorizada, pois o modelo ambulatorial está voltado ao atendimento de problemas menos complexos, devido às conseqüências da não adesão do cliente. Por isto, o modelo de organização do conhecimento monitora a condição do cliente, seja de forma presencial ou à distância (através do telefone, celular ou mesmo através das ferramentas da *Internet*), bem como o cumprimento da terapia e as alterações no seu estilo de vida. Além da monitoria à distância, o modelo baseado em conhecimento pode oferecer a atuação de grupos de acompanhamento pós-alta.

Deve-se ressaltar que este modelo não é autogerenciável, pois depende de regulação externa, por isto precisa estar sob a responsabilidade da alta administração da Instituição. A adesão do cliente ao tratamento é uma conseqüência do processo completo de prestação de serviço, principalmente na fase da continuidade do tratamento. A adesão ao tratamento é imprescindível para que o cliente possa conquistar o melhor nível possível de condições físicas, mentais e sociais em uma vida ativa e produtiva após a alta hospitalar. 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, 2006). O resultado da adesão ao tratamento das doenças crônicas promove uma contribuição à diminuição da morbimortalidade naquela que é considerada uma epidemia invisível. As doenças crônicas, como o câncer, vasculares, respiratórias e diabetes, representam 60% das mortes e se configuram como a principal causa de mortalidade no mundo (WHO, 2006).

A operação em saúde baseada em conhecimento está estruturada em um modelo que aplica uma cadeia de valor cujo conhecimento é insumo indispensável, na qual o resultado do tratamento é acompanhado e mensurado, como conseqüência, o cliente reconhece a capacidade da Instituição em resolver seus problemas, promover seu bem-estar, fidelizando-o à marca e resultando em um vínculo de longo prazo. Portanto, este posicionamento centrado em conhecimento procura contribuir para obter além de resultados assistenciais, também resultados financeiros através da fidelização do cliente. O conhecimento é compreendido em função direta com o resultado observado no cliente, pois é a via de geração das soluções, através do seu *feedback* para fomentar o acesso a novas experiências, permitindo a convergência e a transferência de conhecimentos em uma equipe multiprofissional. Tais

características de uma operação em saúde baseada em conhecimento podem explorar diferentes alternativas para a elaboração e execução de estratégias corporativas. 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).

## 9. Considerações Finais

Este artigo se propôs a distinguir o conhecimento organizacional como valor estratégico para operações de serviços em saúde, e em especial, serviços de alta complexidade. A partir da identificação de elementos diferenciadores entre operações baseadas em informação e operações baseadas em conhecimento, ambas evidenciadas em estudo de caso exemplar, procurou-se caracterizar conceitos estruturantes.

As operações baseadas em conhecimento são um desafio iminente para o setor da saúde, tanto no Brasil como no mundo, a qual propõe uma grande mudança de compreensão do conceito de competitividade para a própria sobrevivência do setor. A partir da estrutura conceitual investigada, procurou-se contribuir para que uma organização de saúde, cujo foco seja resolver problemas complexos altamente intensivos em conhecimento, possa identificar estratégias de reconfiguração de suas atividades segundo uma nova cadeia interna de valor.

O subsídio do conhecimento na cadeia de valor para desenvolver operações com sucesso indica, entre outras evidências, que o paciente precisa ser compreendido como cliente, que o vínculo com a instituição não termina no final do atendimento hospitalar mas somente na resolução do problema enfrentado com a doença, e que as especialidades precisam estar harmonizadas e dispostas a compartilhar conhecimento impulsionadas por protocolos médicos reconhecidos por todos.

Este pesquisa procurou contribuir no embasamento teórico para uma iminente mudança de posicionamento estratégico das organizações de saúde: da oferta de serviços que controlam a qualidade dos processos, para a oferta de serviços que incluem processos assistenciais a partir do conhecimento e das experiências vivenciadas, sejam por clientes, profissionais de saúde, parceiros, provedores e todos participantes desta nova reconfiguração de operações de serviços em saúde.

## 10. Referências

- ALAVI, Maryam. Review: Knowledge Management and Knowledge Management Systems: conceptual foundations and research issues. **MIS Quarterly** Vol 25, n.1, March 2001.
- AMARAL, Márcia. Atenção à saúde mental na rede básica: estudo sobre a eficácia do modelo assistencial. **Revista de Saúde Pública**. Vol. 31, n.3, junho 1997.
- ALLEE, Verna. **The knowledge evolution: expanding organizational intelligence**. Boston: Butterworth-Heinemann, 1997.
- ANVISA. Acreditação: a busca pela qualidade nos serviços de saúde. Informes Técnicos Institucionais. ANVISA. **Revista de Saúde Pública**. 38 (2), p. 335-6, 2004.
- ARASLI, Huseyin; EKIZ, Erdogan; KATIRCIOGLU, Salih. Gearing service quality into public and private hospitals in small islands. 2008; **International Journal of Health Care**. Vol 21, nº 1, p. 08-23, 2008
- BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977

- BLOOM, Gerald Future health systems: Why future? Why now? **Social Science & Medicine** 66 (2008) 2067-2075, 2008
- BOADEN, Ruth; ZOLKIEWSKI, Judy. Process analysis in general practice – a new perspective? **International Journal of Health Care Quality** Vol 11 Is.4, p. 117-122, 1998
- BORBA, Gustavo Severo de; KLIEMANN NETO, Francisco José. Gestão Hospitalar: identificação das práticas de aprendizagem existentes em hospitais. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 17, n. 1, 2008.
- BUKOWITZ, Wendi R., WILLIAMS, Ruth L. **Manual de Gestão do Conhecimento**. Porto Alegre: Bookmann, 2002.
- CAMPBELL, S.M.; ROLAND, M.O.; BUETOW, S.A. Defining quality of care. **Social Science & Medicine** 51, p. 1611 to 1625, 2000.
- CHOUDHRY, Niteesh; FLETCHER, Robert; SOURNERAL, Stephen. Systematic Review: the relationship between clinical experience and quality of health care. **Ann. Intern. Méd.**, 142:260-273, 2005
- COLLINS, Chris; JOYCE, Pauline. Focus on quality in healthcare in Ireland. **International Journal of Health Care**. Vol 21, nº 2, p. 219-228, 2008
- CORRÊA, Henrique Luiz; CAON, Mauro. **Gestão de serviços: lucratividade por meio de operações e de satisfação dos clientes**. São Paulo: Atlas, 2002.
- FAYARD, Pierre. Comunidades Estratégicas de Conhecimento: uma proposta ocidental para o conceito japonês de *Ba*. **Revista Famecos**, Porto Alegre, no. 21, agosto 2003.
- GUPTILL, Janet. Knowledge Management in Health Care. **Journal of Health Care Finance**. Spring 2005. Vol.31, Iss. 3; pg. 10, 5 pgs
- HANSEN, Morten; NOHRIA, Nitin, THIERNEY, Thomas. What's your strategy for managing knowledge? *In*:NONAKA, Ikujiro. **Knowledge Management: Critical perspectives on business and management**. Vol III London and New York: RoutledgeTaylor & Francis Group, 2005.
- HMD – Hospital Mãe de Deus. **Modelo de Cuidado Integral**. Porto Alegre, 2004. Procedimento Interno.
- HMD – Hospital Mãe de Deus. **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](http://www.maededeuscenter.com.br/abre_arquivo_geral.asp?tabela=Download&codigo=23) Acessado em: 19 de janeiro de 2008.
- JOHNSON, James; OMACHONU, Vincent. Total quality management as a health care corporate strategy. **International Journal of Health Care**. Vol 8, nº 6, p. 23-28, 1995
- KOECK, Christian. Time for organisational development in healthcare organisations. **BMJ** 1998;317:1267–8.
- LOVELOCK, Christopher; WRIGHT, Lauren. **Serviços marketing e gestão**. São Paulo: Saraiva, 2001
- MAIER, R. & REMUS, U. Defining Process-oriented Knowledge Management Strategies, **Knowledge and Process Management**, vol. 9, n2, pp. 103-118, 2002

- MEREDITH, Jack. **Theory building through conceptual methods**. International Journal of Operations & Production Management. Vol. 13, num. 5, p. 3-9, 1993
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Terminologia Básica em Saúde**. 2ª. Edição. Série B. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987
- 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](http://www.aafp.org/fpm). Acesso em 16 de outubro de 2007.
- PAIM, Jainirson S. **Planejamento & Gestão e a Investigação em Serviços de Saúde**. In: Seminário Internacional Desafios para a Saúde Pública no Século XXI (FIOCRUZ/OPAS). Rio de Janeiro, 2005.
- PETTIGREW, Andrew. What is a processual analysis? **Scand. I. Magmt**, vol. 13, num. 4, p. 337-348, 1997.
- PORTER, Michael, TEISBERG, Elizabeth O. **Repensando a Saúde**: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. Porto Alegre: Bookman, 2007.
- POSADA, Patrícia. Proyetos llave em mano: ?Solución al problema de salud em América Latina? **Elhospital**. Vol 62, n.4, ago-sep, 2006.
- RUTHES, Rosa; CUNHA, Isabel. Os desafios da administração hospitalar na atualidade. **Revista de Administração em Saúde**. Vol. 9, nº 35, jul-set, 2007
- SCHELLENS, Hugo. Accelerating the healthcare enterprise, empowering the customer. **Hospital Management International**. London: Sterling, anual, 2004
- YIN, Robert K. **Estudo de caso : planejamento e métodos**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.
- WHO – **WORLD HEALTH ORGANIZATION**. Chronic diseases and health promotion. Disponível em <http://www.who.int/chp/en>, acesso em dezembro/2006.
- WICKRAMASINGHE, Nilmini. Building a learning healthcare organisation by fostering organisational learning through a process centric view of Knowledge Management. **International Journal of Innovation and Learning**, Vol. 5, N. 2, 2008
- WIIG, K.M. Integrating Intellectual Capital and Knowledge Management, **Long Range Planning**, Vol.30, No.3, pp399-405, 1997.