

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
PROGRAMA DE MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO (PPAD)
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ADMINISTRAÇÃO ESTRATÉGICA**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**PROCESSOS DE GESTÃO DO CONHECIMENTO E SUAS CONTRIBUIÇÕES
PARA A GERAÇÃO DE BENEFÍCIOS EM PROGRAMAS PÚBLICOS: O CASO DO
PROGRAMA MÃE CURITIBANA**

MÁRCIA HELENA VIEIRA CARVILHE

CURITIBA

2004

MÁRCIA HELENA VIEIRA CARVILLE

**PROCESSOS DE GESTÃO DO CONHECIMENTO E SUAS CONTRIBUIÇÕES
PARA A GERAÇÃO DE BENEFÍCIOS EM PROGRAMAS PÚBLICOS: O CASO DO
PROGRAMA MÃE CURITIBANA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Administração .

Orientador: Prof. Dr. Heitor José Pereira

**CURITIBA
2004**

C331p
2004 Carvilhe, Márcia Helena Vieira
Processos de gestão do conhecimento e suas contribuições para a
geração de benefícios em programas públicos : o caso do Programa
Mãe Curitibana / Márcia Helena Vieira Carvilhe ; orientador, Heitor José
Pereira. – 2004.
xii, 157 f. : il. ; 30 cm

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná,
Curitiba, 2004
Inclui bibliografia

1. Gestão do conhecimento. 2. Saúde pública – Administração – Curitiba.
3. Curitiba. Secretaria de Saúde. Programa Mãe Curitibana. I. Pereira,
Heitor José. II. Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Programa de
Pós-Graduação em Administração. III. Título.

CDD-21.ed. 658.4038
362.1098162

TERMO DE APROVAÇÃO

**PROCESSOS DE GESTÃO DO CONHECIMENTO E SUAS CONTRIBUIÇÕES
PARA A GERAÇÃO DE BENEFÍCIOS EM PROGRAMAS PÚBLICOS: O CASO
DO PROGRAMA MÃE CURITIBANA.**

Por

MARCIA HELENA VIEIRA CARVILLE

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Administração, área de concentração em Administração Estratégica, do Centro de Ciências Sociais Aplicadas da Pontifícia Universidade Católica do Paraná.



Prof. Dr. Eduardo Damião da Silva
Diretor do Programa



Orientador: Prof. Dr. Heitor José Pereira



Prof. Dr. Hélio Gomes de Carvalho



Prof. Dr. Heitor Takashi kato

*Dedico este trabalho ao meu pai, **José Jerônimo Escobar Carvilhe**, e a minha mãe **Ilda Argemon Vieira**, que despertaram em mim o interesse pelo conhecimento e a determinação para chegar até o fim...*

AGRADECIMENTOS

Ao Programa de Mestrado em Administração (PPAD), na pessoa de seu coordenador, professores e funcionários.

*À **Luciana** e à **Erlí**, secretárias do mestrado, pela atenção e pela competência com a qual desempenham suas funções.*

À Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC) e à Prefeitura Municipal de Curitiba pelas Bolsas de Estudo.

*Ao Professor **Heitor José Pereira**, pela orientação e pelas palavras encorajadoras em todos os momentos deste trabalho.*

*Ao Professor **Heitor Takashi Kato**, pelas preciosas contribuições, decisivas para a realização deste trabalho.*

*Ao Professor **Antonio Raimundo dos Santos**, pelas orientações metodológicas.*

*Ao Professor **Hélio Carvalho**, pela satisfação em receber suas contribuições, fazendo parte da banca de avaliação.*

À Prefeitura Municipal de Curitiba, na pessoa dos dirigentes do Instituto Municipal de Administração Pública (IMAP), da Secretaria Municipal da Educação (SME) e da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), pela oportunidade de realizar este trabalho.

Aos profissionais que atuam no Programa Mãe Curitibana, nos níveis central, distrital e local da SMS, pela atenção e disponibilidade em fornecer as informações necessárias para a pesquisa.

*Às colegas de IMAP **Márcia Schlichting**, **Liliane Casagrande Sabbag**, **Terezinha Irene Mosmann** e **Cléa Mara Reis Félix**, pela oportunidade de compartilhar a experiência de cursar mestrado em diferentes áreas de conhecimento.*

*À **Suely Fischer de Moraes**, Diretora do Departamento de Informações da SME, pela consideração, apoio e estímulo. Aos meus colegas de trabalho, pelo incentivo. À **Gisele**, pela valiosa contribuição na formatação do trabalho.*

*Ao estatístico **Alby Duarte da Rocha**, pela contribuição na sistematização dos resultados da pesquisa. À **Tânia Cardoso** e **Elly Bertomeu Leminski** pela correção ortográfica e normalização do trabalho, respectivamente.*

*Aos colegas de mestrado, em especial **Marco Zanardini**, **Terezinha Detonni** e **Janaina Bueno**, pela amizade e companheirismo.*

A todos os amigos que estiveram ao meu lado, ao longo das diferentes fases do mestrado.

*Em especial, aos meus queridos **Jerônimo**, **Ilda**, **José Luiz**, **Márcia**, **Ricardo**, **Cintia**, **Claudia**, **Antonio** e **Toni**, pelo carinho e apoio.*

SUMÁRIO

LISTA DE ILUSTRAÇÕES	viii
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	xi
RESUMO	xii
ABSTRACT	xiii
1 INTRODUÇÃO	14
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO-EMPÍRICA	18
2.1 CICLO DE VIDA DE PROGRAMAS E PROJETOS	18
2.1.1 Definição de Programas e Projetos.....	18
2.1.2 Fases do Ciclo de Vida de Programas e Projetos.....	20
2.2 GESTÃO DO CONHECIMENTO COMO UM PROCESSO ORGANIZACIONAL	30
2.2.1 Conceitos Básicos de Gestão do Conhecimento	32
2.2.2 Processos de Gestão do Conhecimento	37
2.3 BENEFÍCIOS DA GESTÃO DO CONHECIMENTO	54
2.4 MODELO CONCEITUAL DA PESQUISA	59
3 METODOLOGIA DA PESQUISA	61
3.1 ESPECIFICAÇÃO DO PROBLEMA.....	61
3.1.1 Perguntas de Pesquisa	61
3.2 DELIMITAÇÃO DA PESQUISA.....	66
3.2.1 Delineamento da Pesquisa	66
3.2.2 População e Amostra.....	67
3.2.3 Tipos e Coleta de Dados.....	68
3.2.4 Análise dos dados.....	70
3.2.5 Limitações do estudo	71
4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	72
4.1 AS FASES DO CICLO DE VIDA DO PROGRAMA MÃE CURITIBANA.....	72
4.1.1 Caracterização do Ambiente da Pesquisa	72
4.1.2 Programa Mãe Curitibana	73
4.1.3 As Fases do Ciclo de Vida do Programa	76

4.2	CARACTERIZAÇÃO DOS PROCESSOS DE GESTÃO DO CONHECIMENTO NAS FASES DO CICLO DE VIDA DO PROGRAMA MÃE CURITIBANA.....	86
4.2.1	Processo de Identificação do Conhecimento	89
4.2.2	Processo de Aquisição de Conhecimentos	94
4.2.3	Processo de Produção do Conhecimento	98
4.2.4	Processo de Sistematização do Conhecimento	105
4.2.5	Processo de Compartilhamento de Conhecimento	110
4.2.6	Processo de Aplicação do Conhecimento.....	119
4.2.7	Síntese dos Resultados	122
4.3	CONTRIBUIÇÕES DOS PROCESSOS DE GESTÃO DO CONHECIMENTO PARA A GERAÇÃO DE BENEFÍCIOS PARA O PROGRAMA MÃE CURITIBANA	124
4.3.1	Benefícios e Efeitos Internos (Foco nas Operações)	126
4.3.2	Benefícios na Prestação dos Serviços (Foco no Atendimento).....	129
4.3.3	Benefícios e Reações Externos (Foco no Público Alvo, Instituições Parceiras e Organizações Comunitárias).....	132
4.3.4	Análise dos Resultados.....	136
4.3.5	Síntese dos Resultados	139
5	CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	140
	REFERÊNCIAS	144
	ANEXOS	148

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1	EXEMPLO DE UM CICLO DE VIDA DE UM PROJETO	21
FIGURA 2	SUPERPOSIÇÃO DAS FASES DO CICLO DE VIDA DE UM PROJETO	23
FIGURA 3	FASES DE UM PROJETO	24
FIGURA 4	FASES NO CICLO DE VIDA DE UM PROJETO	25
FIGURA 5	MODOS DE CONVERSÃO DO CONHECIMENTO.....	34
FIGURA 6	ESPIRAL DO CONHECIMENTO	36
FIGURA 7	EFEITOS EM CADEIA DAS ATIVIDADES DE GESTÃO DO CONHECIMENTO (GC).....	57
FIGURA 8	MODELO CONCEITUAL DA PESQUISA DE CAMPO.....	60
FIGURA 9	MODELO CONCEITUAL DA PESQUISA DE CAMPO (ÊNFASE ÀS FASES DO CICLO DE VIDA)	76
FIGURA 10	FASES DO CICLO DE VIDA DO PROGRAMA MÃE CURITIBANA.....	77
FIGURA 11	MODELO CONCEITUAL DA PESQUISA (ÊNFASE ÀOS PROCESSOS DE GC)	87
FIGURA 12	MODELO CONCEITUAL DA PESQUISA (ÊNFASE AOS BENEFÍCIOS DA GC).....	124
FIGURA 13	EFEITOS EM CADEIA/BENEFÍCIOS DAS PRÁTICAS DE GESTÃO DO CONHECIMENTO	140
QUADRO 1	ANÁLISE COMPARATIVA DE MODELOS DE GESTÃO DO CONHECIMENTO	41
QUADRO 2	FASES E ETAPAS/ATIVIDADES DO CICLO DE VIDA DE PROJETOS.....	63
QUADRO 3	PROCESSOS E PRÁTICAS DE GESTÃO DO CONHECIMENTO.....	64
QUADRO 4	BENEFÍCIOS INTERMEDIÁRIOS DOS PROCESSOS DE GESTÃO DO CONHECIMENTO	65
QUADRO 5	VALORES NA ESCALA LIKERT DE RESPOSTAS	88

QUADRO 6	RESULTADOS DAS AFIRMATIVAS 6 E 7, RELACIONADAS AO PROCESSO DE IDENTIFICAÇÃO DO CONHECIMENTO, POR GRUPO PESQUISADO - 2004.....	90
QUADRO 7	RESULTADOS DA AFIRMATIVA 8, RELACIONADA AO PROCESSO DE IDENTIFICAÇÃO DO CONHECIMENTO.....	91
QUADRO 8	CURSOS/TREINAMENTOS REALIZADOS NO ÂMBITO DO PROGRAMA MÃE CURITIBANA - 1999 - 2004	95
QUADRO 9	RESULTADOS DA AFIRMATIVA 9, RELACIONADA AO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE CONHECIMENTOS, POR GRUPO PESQUISADO - 2004	96
QUADRO 10	RESULTADOS DA AFIRMATIVA 10, RELACIONADA AO PROCESSO DE PRODUÇÃO DE CONHECIMENTOS, POR GRUPO PESQUISADO - 2004	100
QUADRO 11	RESULTADOS DA AFIRMATIVA 11, RELACIONADA AO PROCESSO DE PRODUÇÃO DE CONHECIMENTOS, POR GRUPO PESQUISADO - 2004	102
QUADRO 12	PUBLICAÇÕES SOBRE TEMAS RELACIONADOS À SAÚDE MATERNO-INFANTIL, POR FASE DO CICLO DE VIDA DO PROGRAMA MÃE CURITIBANA - 1998 - 2004	106
QUADRO 13	RESULTADOS DA AFIRMATIVA 12, RELACIONADA AO PROCESSO DE SISTEMATIZAÇÃO DE CONHECIMENTOS, POR GRUPO PESQUISADO - 2004	107
QUADRO 14	RELAÇÃO DE TRABALHOS SOBRE TEMAS RELACIONADOS À SAÚDE MATERNO-INFANTIL, APRESENTADOS NO VII ENCONTRO DE SAÚDE COLETIVA DA SMS, POR PROFISSIONAIS DAS US/DS - 2002.....	111
QUADRO 15	RELAÇÃO DE TRABALHOS APRESENTADOS PELA COORDENAÇÃO DO PROGRAMAM MÃE CURITIBANA EM EVENTOS EXTERNOS - 1999 - 2004.....	112
QUADRO 16	RESULTADOS DA AFIRMATIVA 13, RELACIONADA AO PROCESSO COMPARTILHAMENTO DE CONHECIMENTOS POR GRUPO PESQUISADO - 2004	113

QUADRO 17	RESULTADOS DA AFIRMATIVA 14, RELACIONADA AO PROCESSO DE COMPARTILHAMENTO DE CONHECIMENTOS, POR GRUPO PESQUISADO - 2004	115
QUADRO 18	RESULTADOS DA AFIRMATIVA 15, RELACIONADA AO PROCESSO DE APLICAÇÃO DO CONHECIMENTO, POR GRUPO PESQUISADO - 2004	119
QUADRO 19	POSSIBILIDADES DE APERFEIÇOAMENTO DOS PROCESSOS/PRÁTICAS DE GC NO PROGRAMA MÃE CURITIBANA	123
QUADRO 20	RESULTADOS DAS AFIRMATIVAS RELACIONADAS ÀS CONTRIBUIÇÕES DOS PROCESSOS DE GC PARA A GERAÇÃO DE BENEFÍCIOS INTERNOS NO PROGRAMA MÃE CURITIBANA, POR GRUPO PESQUISADO - 2004.....	126
QUADRO 21	RESULTADOS DAS AFIRMATIVAS RELACIONADAS ÀS CONTRIBUIÇÕES DOS PROCESSOS DE GC PARA A GERAÇÃO DE BENEFÍCIOS NO ATENDIMENTO, NO PROGRAMA MÃE CURITIBANA, POR GRUPO PESQUISADO - 2004	130
QUADRO 22	RESULTADOS DAS AFIRMATIVAS RELACIONADAS ÀS CONTRIBUIÇÕES DOS PROCESSOS DE GC PARA A GERAÇÃO DE BENEFÍCIOS EXTERNOS, NO PROGRAMA MÃE CURITIBANA, POR GRUPO PESQUISADO - 2004	133
MAPA 1	UNIDADES DE SAÚDE, POR TIPO, SEGUNDO DISTRITO SANITÁRIO, 2004	74

LISTA DE SIGLAS

ASL	-	Autoridade Sanitária Local
CES	-	Centro de Estudos em Saúde
DS	-	Distrito(s) Sanitário(s)
ENSP	-	Escola Nacional de Saúde Pública
GC	-	Gestão do Conhecimento
MS	-	Ministério da Saúde
PMC	-	Prefeitura Municipal de Curitiba
PROAMA	-	Programa de Aleitamento Materno
PSF	-	Programa Saúde da Família
SMS	-	Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba
SUS	-	Sistema Único de Saúde
US	-	Unidade(s) de Saúde(s)

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo identificar as contribuições dos processos de Gestão do Conhecimento (GC) para a geração de benefícios no Programa Mãe Curitibana, na Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (SMS). Teve como ponto de partida semelhanças entre atividades desenvolvidas nas diferentes fases do ciclo de vida de programas públicos (formulação, estruturação e operação) e práticas relacionadas aos processos de Gestão do Conhecimento (identificação, aquisição, criação, sistematização, compartilhamento e aplicação do conhecimento), descritas por autores que abordam a GC como um processo organizacional; bem como, questionamentos acerca das contribuições destas atividades (denominadas, para efeitos da pesquisa, de práticas não formalizadas de GC), para a geração de benefícios neste programa. Para a realização da pesquisa optou-se pela metodologia qualitativa e descritiva, realizando-se um estudo de caso no período de outubro de 2003 a junho de 2004. A coleta de dados baseou-se em documentação/registros, entrevistas não estruturadas, entrevistas semi-estruturadas junto a profissionais que atuam no Programa, na Coordenação (níveis central e distrital) e nas Unidades de Saúde (nível local), e observação direta. Resultados da pesquisa possibilitam constatar uma grande quantidade de atividades não formalizadas de GC, desenvolvidas desde a fase de formulação do Programa Mãe Curitibana, as quais vêm contribuindo, significativamente, para a geração de benefícios no funcionamento, na prestação dos serviços ao público alvo, bem como nas reações externas ao programa, que acontecem mediante utilização de conhecimentos em situações práticas do programa. Por outro lado, informações relativas ao modo e à frequência com que os diferentes processos de GC investigados vêm sendo realizados remetem a diversas possibilidades de aperfeiçoamento, que podem favorecer contribuições mais efetivas para a geração de benefícios no âmbito deste programa.

Palavras-chave: Fases do Ciclo de Vida de Programas, Programas Públicos, Processos de Gestão do Conhecimento, Benefícios da Gestão do Conhecimento.

ABSTRACT

This study aimed at identifying the contributions of Knowledge Management (KM) processes to the generation of benefits in the Programa Mãe Curitibana (Curitiban Mother Program), implemented by the Municipal Health Secretary of Curitiba (MHSC). It started from the similarities between activities developed along the different stages of the public programs' life cycles (formulation, structuring and operation) and practices related to Knowledge Management processes (identification, acquisition, creation, systematization, sharing and application), described by authors approaching KM as an organizational process, as well as questioning about the contributions of such activities (called KM non-formalized practices, for this study's purpose) to the generation of benefits in these programs. In order to perform this research, the qualitative and descriptive methodology was chosen, and a case study was carried out in the period between October 2003 and June 2004. Data collection was based on documentation/records, non-structured interviews, semi-structured interviews with professionals working in the Program, in the Coordination (central and district levels) and at the Health Assistance Units (local level), and direct observation. The results of this research brought to light a great amount of non-formalized KM activities, developed since the very onset of the program, which have been contributing significantly to the generation of benefits in rendering services to the target public, as well as the external reactions to the program, taking place as knowledge is used in practical situations of the program. On the other hand, information regarding the manner and frequency in which the different KM processes investigated have been performed recall the several improvement possibilities that could favor more effective contributions to the generation of benefits within the scope of this program.

Key words: Public Program's Life Cycles, Public Programs, Knowledge Management Processes, Knowledge Management Benefits.

1 INTRODUÇÃO

As organizações públicas, assim como as privadas, vêm sofrendo os impactos de um ambiente global marcado por grandes transformações tecnológicas, sociais e econômicas, sendo pressionadas a rever seus modelos de gestão, com vistas a melhor atender as demandas de uma sociedade que se torna cada vez mais complexa e consciente de seus direitos.

Nesta linha, é possível afirmar que estão acontecendo mudanças no padrão das políticas públicas brasileiras, sobretudo na esfera local do governo. Tais mudanças podem ser entendidas como parte de um processo de construção de novas formas de gestão pública e verificadas a partir de práticas inovadoras na prestação de serviços por governos subnacionais no país (BARACCHINI, 2002). As organizações do setor público têm sido demandadas de forma contundente a implantarem mudanças de caráter substantivo em suas práticas, a fim de estabelecer um compromisso mais próximo com a cidadania e ampliar a qualidade e a eficiência da prestação de serviços (ANDRADE, 2001).

Dentro deste contexto, a literatura na área de administração pública vem enfatizando questões como administração estratégica, administração por objetivos, foco em resultados, criação de valor público, assim como é crescente a produção de conhecimentos sobre gerência de programas e projetos públicos, dada a sua relevância no sentido de possibilitar a materialização das políticas públicas. De acordo com MOSCOSO (2002), uma parte significativa das políticas sociais, produtivas e ambientais, bem como o trabalho pelo desenvolvimento dos órgãos públicos e não governamentais, se consolidam de maneira considerável por intermédio de inúmeras iniciativas organizadas em torno de “projetos” como uma unidade principal de intervenção.

Estes projetos são desenvolvidos dentro de um intervalo de tempo conhecido como ciclo de vida de projetos. Desde o início dos anos 90, o gerenciamento do ciclo de vida de projetos vem sendo destacado como um dos modelos utilizados para explicar o que é a gerência de projetos, considerando-se

que os projetos também vivem uma vida e passam por fases distintas durante seu tempo de vida (DINSMORE, 1999).

Diversas são as abordagens quanto às diferentes fases que compõem o ciclo de vida de programas e projetos. Ocorre que a revisão de literatura (DINSMORE, 1999; CEPAL/ILPES, 2003; VALERIANO, 1998; VERZUH, 2000) possibilita constatar que as diferentes fases do ciclo de vida de programas e projetos pressupõem uma série de atividades voltadas ao levantamento, aquisição, sistematização, produção, disseminação e uso de informações e conhecimentos. Estas atividades em muito se assemelham às práticas descritas por alguns autores que detalham o processo de Gestão do Conhecimento em subprocessos de identificação, captura, criação, organização e armazenagem, e aplicação do conhecimento (STOLLENWERK, 2002; PROBST; RAUB; ROMHARDT, 2002; DAVENPORT; PRUSAK, 1998a, 1998b; PELUFFO A. e CATALAN CONTRERAS, 2002).

Dentro desta lógica de pensamento, focalizando-se nas organizações públicas, realizou-se a parte empírica desta pesquisa, observa-se que, independentemente de um processo formalizado de gestão do conhecimento, atividades relacionadas à informação e ao conhecimento vêm sendo realizadas, diariamente, nas diferentes fases do ciclo de vida de programas e projetos.

Paralelamente a estas experiências não formalizadas de Gestão do Conhecimento (GC) em organizações públicas, iniciativas estruturadas de GC vêm sendo implementadas em organizações como o Serpro, a Petrobrás e a Embrapa, em meio a uma variedade de ações voltadas à modernização da máquina administrativa, ao repensar dos modelos de gestão e à melhoria da qualidade na prestação de serviços ao cidadão, frutos de pressões do ambiente interno e externo.

Recentemente, o tema da Gestão do Conhecimento foi também alvo de discussão no Congresso Nacional de Gestão do Conhecimento na Esfera Pública (CONGEP), realizado em outubro de 2001, em São Paulo, pela Sociedade Brasileira de Gestão do Conhecimento (SBGC), como marco inicial do Projeto GC – Brasil 2002, no qual foram abordados temas como: a exclusão do conhecimento, a modernização da máquina pública, a transparência do estado e a estratégia do conhecimento na área pública.

Simultaneamente, a literatura sobre Gestão do Conhecimento na Administração Pública vem se expandindo, a exemplo de publicações como *Introducción a la Gestión do Conocimiento y su aplicación al sector público* (PELUFFO A. e CATALAN CONTRERAS, 2002) e *Aplicação da Gestão do Conhecimento na Administração Pública* (WIIG, 2000).

Especificamente, no âmbito da saúde pública, contexto em que se insere o presente trabalho, algumas iniciativas vêm sendo implementadas, ainda que de maneira isolada, em torno do tema Gestão do Conhecimento. Nesta linha, foi apresentada, recentemente, no âmbito da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), proposta de *Um novo modelo de formação para o SUS*, fundamentada no modelo de Gestão do Conhecimento (CARVALHO, 2003).

Ainda no âmbito da saúde pública, o Ministério da Saúde (MS) lançou uma campanha direcionada ao mapeamento de iniciativas de Gestão do Conhecimento em sua página na *internet*, disponível no endereço <http://www.gc.datasus.gov.br>, sob o título de *Gestão Coletiva do Conhecimento no SUS*. Nesta página, unidades e instituições parceiras vêm sendo incentivadas a cadastrar iniciativas explícitas ou implícitas em Gestão do Conhecimento. Ainda, o Ministério da Saúde publicou, em 2003, *Cem palavras para a Gestão do Conhecimento* (BRASIL, 2003).

A questão dos benefícios decorrentes de atividades de gestão do conhecimento, também, vem sendo alvo de estudos e discussões, sendo abordada sob diferentes perspectivas, merecendo destaque à classificação de benefícios, proposta por Wiig (1999, 2004), que fornece um importante referencial para compreender os diferentes impactos que as atividades de Gestão do Conhecimento podem exercer nas organizações.

Estas iniciativas vêm reforçar o interesse em aprofundar conhecimentos acerca da aplicação da Gestão do Conhecimento na esfera pública, sobretudo no sentido de investigar os possíveis benefícios que podem advir destas práticas, sejam elas formalizadas ou não.

Dentro deste contexto, formulou-se o seguinte problema de pesquisa: os processos não formalizados de Gestão do Conhecimento, praticados nas diferentes fases do ciclo de vida do Programa Mãe Curitibana, na Secretaria Municipal de

Saúde de Curitiba, no período de 1998 a 2003, vêm contribuindo para a geração de benefícios neste programa?

Com vistas a obter a resposta ao problema exposto acima, este trabalho teve como objetivo geral:

Verificar se os processos não formalizados de Gestão do Conhecimento praticados nas diferentes fases do ciclo de vida do Programa Mãe Curitibana, na Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, no período de 1998 a 2004, vêm contribuindo para a geração de benefícios no âmbito deste programa.

E, como objetivos específicos:

- identificar as diferentes fases do ciclo de vida do Programa Mãe Curitibana, na Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, no período de 1998 a 2004;
- identificar de que maneira os processos não formalizados de Gestão do Conhecimento vêm sendo praticados nas diferentes fases do ciclo de vida do Programa Mãe Curitibana, na Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, no período de 1998 a 2004;
- verificar se os processos não formalizados de Gestão do Conhecimento, praticados nas diferentes fases do ciclo de vida do Programa Mãe Curitibana, na Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, no período de 1998 a 2004, vêm contribuindo para a geração de benefícios no âmbito deste programa.

São cinco as partes que compõem este estudo, a saber:

A primeira apresenta uma breve introdução. A segunda traz a fundamentação teórico-empírica que trata de tópicos considerados fundamentais para embasar a pesquisa, quais sejam: Fases do Ciclo de Vida de Programas e Projetos, Gestão do Conhecimento como um Processo Organizacional, e Benefícios da Gestão do Conhecimento. A terceira apresenta a metodologia empregada para o desenvolvimento deste estudo. A quarta expõe a análise dos resultados. E, por último são apresentadas as conclusões e recomendações.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO-EMPÍRICA

A fundamentação teórico-empírica do presente projeto resulta da revisão de literatura sobre tópicos considerados fundamentais para respaldar a pesquisa sobre processos de Gestão do Conhecimento praticados nas diferentes fases do ciclo de vida e suas contribuições para a geração de benefícios no Programa Mãe Curitibana, na Secretaria Municipal de Saúde. Para tanto, serão abordados conceitos sobre o ciclo de vida de programas e projetos, sobre a gestão do conhecimento como um processo organizacional e sobre benefícios da Gestão do Conhecimento.

2.1 CICLO DE VIDA DE PROGRAMAS E PROJETOS

2.1.1 Definição de Programas e Projetos

Para Dinsmore (1999), um projeto é um esforço transitório para criar um produto ou serviço único, de acordo com o *Guide to the Project Management Body of Knowledge*, do *Project Management Institute* (PMI). A gerência de projetos é a aplicação do conhecimento, habilidades, ferramentas e técnicas das atividades de projeto, de modo a atender ou exceder as necessidades e expectativas dos *stakeholders*.

De acordo com Moscoso (2002), uma parte significativa das políticas sociais, produtivas e ambientais, bem como o trabalho pelo desenvolvimento dos órgãos públicos e não governamentais, se consolidam de maneira considerável por intermédio de inúmeras iniciativas organizadas em torno de “projetos” como uma unidade principal de intervenção.

Os projetos, de modo geral, vêm sendo apontados como uma peça chave para a implementação de políticas e estratégias de desenvolvimento social, superação da pobreza, fomento produtivo e gestão ambiental, intensivamente estimulados pela criação e ampliação de um grande número de fundos e programas,

ao serem considerados como forma vantajosa de aplicação de recursos, tanto públicos quanto privados (MOSCOSO, 2002).

Ao longo da história, segundo Moscoso (2002), o desenvolvimento metodológico do desenho e gestão de projetos, pode ser distinguido de acordo com as seguintes etapas:

- a) primeira etapa (anos 50), onde a ênfase metodológica colocou-se na sistematização de estudos sobre a formulação de projetos, concentrando-se na análise de mercados, na seleção do tamanho dos projetos e tecnologias empregadas;
- b) segunda etapa (metade dos anos 60 e 70), na qual o foco metodológico foi transferiu-se para a busca de melhores técnicas de seleção de projetos, com a utilização de métodos cada vez mais sofisticados de avaliação econômica e social;
- c) terceira etapa (segunda metade dos anos 70 e final dos anos 80), quando a orientação metodológica centrou-se na busca de melhores técnicas de programação voltadas a apoiar o executor do projeto, na organização das ações e na coordenação e controle sobre o processo;
- d) quarta etapa (anos 90), na qual a ênfase metodológica colocou-se sobre a solidez do projeto, com vistas a responder plenamente as expectativas criadas em torno de sua formulação e execução. Com isto, retorna-se ao problema inicial de formulação, embora em um estágio mais avançado de desenvolvimento, que exige uma coerência entre a formulação real do projeto e expectativas sobre as quais se fundamenta, e ao mesmo tempo, facilite o acompanhamento da execução do mesmo e permita avaliar seu andamento e seu impacto sobre o meio que o rodeia.

Para a CEPAL (1998) os programas e projetos sociais como materialização da política social, são elaborados para satisfazer necessidades da população, que podem ser denominadas de demanda efetiva, quando se traduzem em bens ou serviços que se negociam em um mercado, onde há alguém que vende e outro que

compra; ou demanda insatisfeita, relativa ao déficit entre a demanda efetiva e a oferta de bens e serviços.

A demanda real é satisfeita por meio de políticas sociais. Assim, as necessidades básicas insatisfeitas da população que apresenta maiores privações, podem, assim, ser concebidas como problemas e os projetos sociais como soluções. Deste modo, os extremos polares de um projeto social podem ser definidos como uma situação atual na qual surge tal problema, e uma situação almejada na qual este mesmo problema tenha sido suprimido ou reduzido como resultado da intervenção do programa ou projeto (CEPAL, 1998).

Dentro da lógica de análise, os projetos sociais são definidos como a unidade mínima de aplicação de recursos para o alcance de um ou mais objetivos específicos, os quais possuem um público alvo definido, localização espacial determinada, e tempo de início e fim previstos. Já, os programas podem ser definidos como conjuntos de projetos que perseguem os mesmos objetivos. Desta maneira, os programas podem ser analisados por meio dos projetos que os integram (CEPAL, 1998).

Para efeitos desta pesquisa, os termos programa e projeto serão utilizados como sinônimos, visto que o programa em estudo reúne as características de projetos explicitadas acima, além de não possuir um conjunto de projetos a ele vinculados, o que seria típico de um programa.

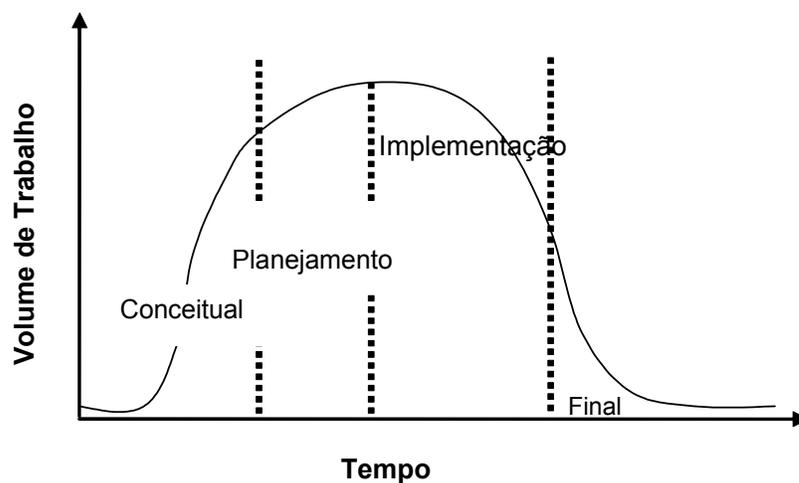
2.1.2 Fases do Ciclo de Vida de Programas e Projetos

A literatura sobre ciclo de vida de projetos apresenta-se bastante diversificada no que diz respeito às fases que o compõem, visto que diferentes autores definem o ciclo de vida dos projetos de maneiras distintas. Contudo, apesar das diferenças, pode-se observar no detalhamento das fases, embora com intensidade variada, que estas pressupõem atividades relacionadas ao levantamento, aquisição, produção, sistematização, compartilhamento e uso de informações e conhecimentos.

A seguir, são apresentadas diferentes versões do ciclo de vida de projetos, realizando-se uma explanação mais aprofundada da versão de CEPAL (2003), a qual será utilizada como referência para a identificação das fases do ciclo de vida do programa em estudo, por tratar especificamente de projetos sociais, aproximando-se mais da realidade da organização a ser pesquisada.

Desde o início dos anos 90, o gerenciamento do ciclo de vida de projetos destaca-se como um dos modelos utilizados para explicar o que é a gerência de projetos. De acordo com este modelo, os projetos são desenvolvidos dentro de um intervalo de tempo conhecido como ciclo de vida de projetos, dentro do qual eles são projetados para serem concebidos e finalizados. Os projetos também vivem uma vida e passam por fases distintas durante seu tempo de vida. A Figura 1 apresenta um exemplo de ciclo de vida de um projeto, que contempla as seguintes fases: conceitual, de planejamento, de implementação e final (DINSMORE, 1999).

Figura 1 - EXEMPLO DE UM CICLO DE VIDA DE UM PROJETO



FONTE: DINSMORE (1992)

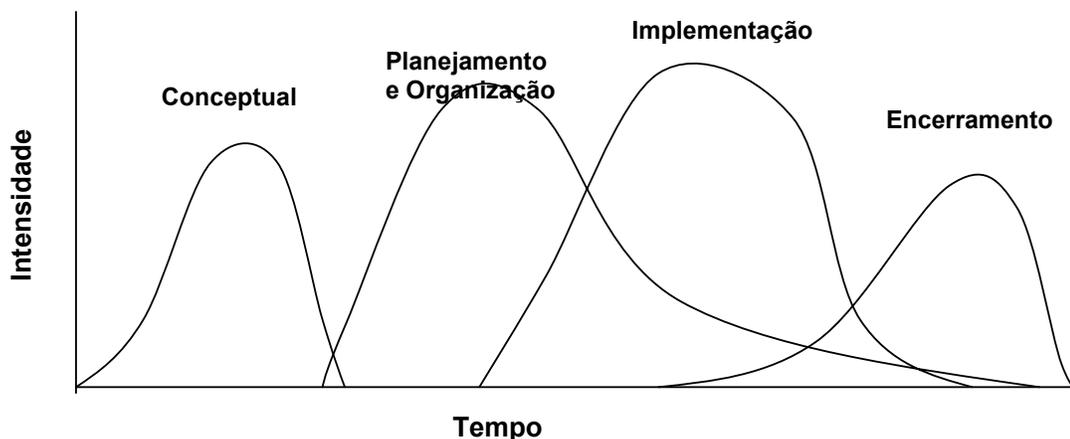
Para Valeriano (1998), todo projeto tem início e fim, passando por algumas fases que compõem o que se habitua denominar de ciclo de vida do projeto, sendo um processo com duração transitória, por ter de alcançar um objetivo em um tempo determinado.

Segundo o autor, existem diversas versões para o ciclo de vida, desde as que con têm umas poucas fases até aquelas de mais de uma dezena, dependendo do que se considera como uma fase distinta ou um componente delas. Contudo, acredita que um ciclo de vida genérico de um projeto contempla as seguintes fases:

- a) fase conceptual, que compreende atividades que vão desde a idéia inicial do produto, ou do assunto a pesquisar, passando pela elaboração de uma proposta e, finalmente, chegando à aprovação;
- b) fase de planejamento e organização, em que o projeto é planejado e arranjado nos pormenores necessários à execução e ao controle;
- c) fase de implementação, na qual os trabalhos da equipe do projeto são colocados em prática, sob coordenação e liderança do gerente, até o alcance do objetivo, abrangendo a execução propriamente dita das tarefas e o controle desta execução;
- d) fase de encerramento, na qual se efetivam os resultados do projeto, com o consentimento do seu cliente, seguida de uma avaliação geral e, por fim, da desmobilização dos meios disponibilizados para o projeto.

Este ciclo de vida genérico comporta, de maneira compacta, projetos cujos objetivos são itens materiais, bem como respostas a questões técnicas ou científicas, como os projetos de pesquisa. O detalhamento destas fases deverá ajustar-se ao tipo de projeto, sua natureza, dimensão e grau de complexidade. As fases apresentadas não são estanques nem totalmente sucessivas. Ao contrário, elas se sobrepõem por quase todo o período de duração do projeto, sendo possível observar em cada momento a prevalência de uma delas, de acordo com o andamento dos trabalhos, conforme pode ser observado na Figura 2 (VALERIANO, 1998).

Figura 2 – SUPERPOSIÇÃO DAS FASES DO CICLO DE VIDA DE UM PROJETO



FONTE: VALERIANO (1998).

Para Verzuh (2000), o ciclo de um projeto denota a progressão linear da definição do projeto, passando pela criação do planejamento, execução do trabalho e conclusão do projeto (Figura 3), conforme segue:

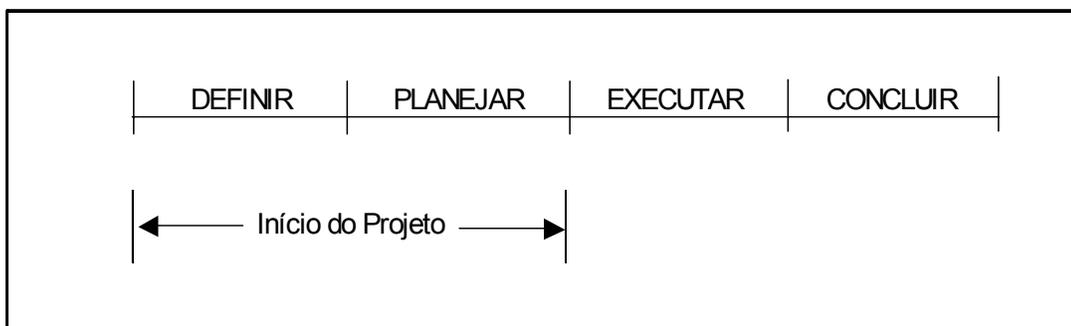
- a) definir: esta fase inicia-se quando um projeto e um gerente de projeto são designados na minuta do projeto. A aprovação desse documento ocorre quando todas as partes interessadas concordam quanto às metas do projeto, enfoque e equilíbrio entre custo, cronograma e qualidade.
- b) planejar: posteriormente à aprovação das regras, o gerente de projeto começa a elaborar o planejamento do mesmo. Na medida em que os detalhes da execução do projeto são estabelecidos, surgem também as prováveis decisões referentes às regras do projeto, as quais devem ser tomadas em comum acordo com todas as partes envolvidas.

A definição e o planejamento podem ser fases curtas, particularmente em projetos curtos. Como o planejamento geralmente muda as regras do projeto, algumas empresas utilizam só uma fase, chamada de iniciação, para descrever ambas as atividades (figura 3). O melhor argumento em favor de se manter as fases separadas é o de que algumas perguntas precisam de resposta na fase de definição, antes que seja possível produzir um plano detalhado. As conjecturas básicas e os acordos

estabelecidos durante a definição fazem com que as atividades de planejamento fiquem mais direcionadas e produtivas.

- c) executar: corresponde ao estágio em que o trabalho é levado a efeito conforme o planejado. É bem provável que esta fase ocupe 90 por cento ou mais das tarefas do projeto, completando-se quando a meta do projeto é alcançada.
- d) concluir: essa é a fase mais curta do projeto, mas não menos importante que as outras, a qual inclui atividades de fechamento que abrangem três funções importantes: transição para a próxima fase, seja ela uma fase de operação ou desenvolvimento de produto, estabelecimento do fechamento formal do projeto aos olhos do cliente, e revisão dos sucessos e falhas do projeto com vistas a melhorias em projetos futuros.

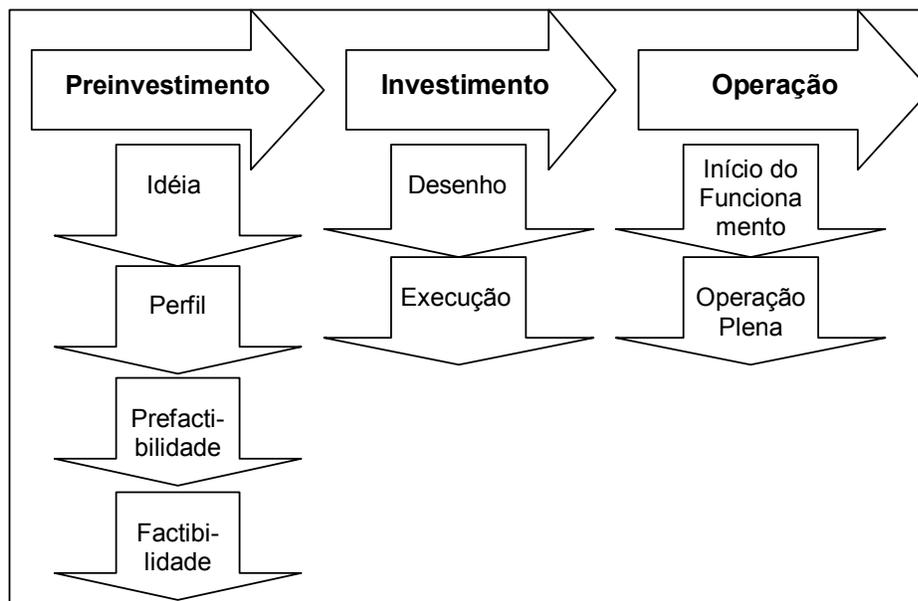
Figura 3 - FASES DE UM PROJETO



FONTE: VERZUH (2000.)

Para CEPAL/ILPES (2003), o ciclo de vida dos projetos compreende o processo de transformação de uma idéia para resolver um problema até o início do funcionamento ou implantação da solução para tal problema. Neste ciclo de vida dos projetos podem se distinguir três fases sucessivas: pré-investimento (ou formulação), investimento e operação, conforme Figura 4.

Figura 4 - FASES DO CICLO DE VIDA DE UM PROJETO



FONTE: CEPAL/ILPES(2003)

A fase de pré-investimento corresponde a todo o processo que se realiza para identificar de maneira adequada um problema ou necessidade, formular e preparar alternativas de solução e avaliá-las, com o intuito de determinar a conveniência de sua execução e identificar a mais recomendável. Escolhida a alternativa para a solução do problema, passa-se para a fase de investimento, na qual se realizam o desenho do projeto e a execução da obra ou implementação das atividades. Finalmente, na fase de operação, coloca-se em funcionamento a obra concluída ou o plano específico a seguir, de acordo com o projetado. Nesta fase começarão a ser gerados os benefícios previstos na fase de pré-investimento (CEPAL/ILPES, 2003).

Ainda para CEPAL/ILPES (2003), associadas às fases pelas quais passam os projetos estão os distintos tipos de avaliações às quais são submetidos. Durante a fase de pré-investimento, realizam-se avaliações *ex-ante* do projeto, em nível de perfil, pré-viabilidade ou viabilidade. Na fase de execução, efetua-se um acompanhamento físico-financeiro do projeto, avaliando se o avanço observado está de acordo com o planejado. Por último, na fase de operação, pode realizar-se um acompanhamento do projeto com vistas a efetuar uma avaliação *ex-post* do mesmo.

A seguir, são detalhadas as diferentes fases do ciclo de vida de projetos, com suas respectivas etapas e atividades, incluindo-se o tipo de avaliação específica de cada fase (CEPAL/ILPES, 2003).

2.1.2.1 Fase de pré-investimento ou formulação

A seleção da alternativa que se transformará no projeto e a decisão sobre a conveniência de executá-lo pressupõem uma seqüência de etapas. O grau de complexidade que alcançam os estudos do pré-investimento está associado a estas etapas e depende da complexidade e custo do projeto. Na fase de pré-investimento, se distinguem as seguintes etapas: geração e análise da idéia do projeto, estudo em nível de perfil, estudo da pré-viabilidade, e estudo da viabilidade.

Cada uma destas etapas pode resultar em decisões, tais como: evoluir para uma etapa mais avançada, cessar temporariamente ou dar por encerrados os estudos, quando alcançado o nível de detalhe suficiente para tomar a decisão de executar o projeto ou abandoná-lo definitivamente. Por meio destas etapas, determina-se o problema que se pretende solucionar, os bens e serviços que serão ofertados, as alternativas técnicas mais adequadas e seus respectivos custos e benefícios. Portanto, as distintas etapas constituem um processo gradual de obtenção de certezas, nas quais o investimento no detalhamento e profundidade nos estudos é proporcional à complexidade dos projetos.

Na primeira etapa, de geração e análise da idéia, produto de um diagnóstico preliminar ou, em alguns casos, de pressão da comunidade, identifica-se o problema que se pretende resolver, o conjunto de possíveis beneficiários, a localização geográfica e os objetivos que se espera alcançar com o projeto. Por último, são geradas algumas alternativas possíveis de solução.

Na etapa de estudo em nível de perfil, reúne-se se informação adicional e realiza-se o detalhamento da informação procedente da etapa anterior. A elaboração do perfil deve contemplar uma análise prévia dos aspectos técnicos, do mercado, dos benefícios e custos, além da avaliação deste nível, utilizando-se os dados e informações disponíveis, sem implicar em maiores custos adicionais para sua obtenção. O perfil possibilita analisar a viabilidade técnico-econômica das distintas

alternativas propostas, descartando aquelas que não são exeqüíveis.

Tipicamente, um estudo de perfil descreverá e estudará os seguintes aspectos: identificação do problema, diagnóstico da situação atual, análise de alternativas e avaliação.

Cabe ressaltar que na etapa do perfil se busca uma grande redução da incerteza a custo muito baixo. Assim, a preparação de bons perfis de projetos tem importância significativa, visto que se pode evitar incorrer em estudos custosos para projetos inviáveis.

Na etapa de estudo de pré-viabilidade, são especificadas, de maneira mais detalhada, as informações provenientes do perfil, incorporando ainda dados adicionais que possibilitem descartar certas alternativas e aperfeiçoar as restantes. Com o conjunto de alternativas pré-selecionadas, se efetuam as avaliações técnicas e econômicas, com o propósito de estabelecer qual é a melhor alternativa e descartar as restantes.

A etapa de estudo de viabilidade concentra-se no exame pormenorizado da alternativa considerada a melhor na etapa anterior, centrando os esforços em mensurar e valorar da maneira mais exata possível seus benefícios e custos, e aprofundando-se na análise das variáveis que incidem no projeto. Posteriormente à definição e caracterização do projeto, devem ser otimizados todos os aspectos relacionados com a obra física, os programas de desembolsos de investimento, os programas de execução, início de funcionamento e operação, com o objetivo de buscar maior eficiência no processo.

No tocante à avaliação, nesta fase é realizada a avaliação *ex-ante*, a qual compreende a comparação, numérica ou não, dos custos e benefícios que se pretende gerar com o projeto. Quando realizada do ponto de vista da empresa ou entidade que realiza o projeto, constitui-se em uma avaliação privada. Se realizada da perspectiva da sociedade em seu conjunto, trata-se de uma avaliação social.

2.1.2.2 Fase de investimento

Nesta fase, ocorre a execução física dos projetos, em consonância com as estimativas realizadas na fase de pré-investimento, compreendendo as seguintes etapas: desenho do projeto, execução do projeto.

Na etapa do desenho devem ser planejados todos os antecedentes necessários para garantir uma boa execução do projeto. Comumente, esta etapa é associada à preparação dos planos arquitetônicos e de engenharia, bem como as especificações técnicas e orçamento minucioso do projeto. Entretanto, para poder assegurar uma boa execução do projeto, esta etapa deveria incluir, pelo menos, os seguintes aspectos: topografia e mecânica de solos; desenho arquitetônico; desenho de engenharia (planos, especificações, memórias de cálculo); desenho dos serviços complementares (serviços básicos, vias de acesso); estudo de impacto ambiental; equipamento e materiais; programação de obras; desenho do sistema de acompanhamento; bases técnicas e administrativas; orçamento detalhado; programa de caixa; permissões e autorizações legais e administrativas, para poder dar início à obra.

Para um projeto voltado à prestação de um serviço, a etapa de desenho compreende o planejamento e programação detalhada das atividades que serão executadas.

Na etapa de execução, efetua-se o desenvolvimento da obra física ou a implementação das atividades planejadas. Esta fase inicia-se quando são destinados recursos para o projeto, concluindo-se no momento em que as obras são entregues prontas para entrar em funcionamento, ou no instante em que se conclui a última atividade, quando se trata de projetos que compreendem a entrega de um serviço pontual. Na etapa de execução, efetua-se o maior investimento no projeto, com vistas a materializar a alternativa de solução escolhida em etapas precedentes.

Para garantir o desenvolvimento da etapa de execução, são necessárias as seguintes tarefas: chamado para licitação; destinação de recursos; negociação e contratação; execução financeira; execução física; supervisão técnica; acompanhamento físico-financeiro; levantamento de tarefas; recepção final; liquidação de contratos; comunicado de término do projeto.

No que se refere à avaliação, nesta fase realiza-se um controle do processo por meio do acompanhamento físico e financeiro do projeto ao longo da etapa de execução. Avalia-se o andamento das obras ou ações no que diz respeito à quantidade (volume de obra ou de serviço realizado), à qualidade dos produtos gerados, ao cumprimento do cronograma e ao custo orçado. Este acompanhamento tem como objetivo identificar desvios em relação à programação inicial do projeto, resultantes de problemas na execução ou no planejamento, para que sejam adotadas, em tempo, medidas que minimizem seus efeitos (sobre custos, atrasos).

A informação relativa ao acompanhamento, assim como a descrição dos problemas identificados, a solução dada e os resultados obtidos, devem ser sintetizados em um informe de término do projeto. Neste informe deverão estar contidas todas as informações necessárias para avaliar a eficiência e efetividade no desenvolvimento da execução do projeto, bem como, deverão ser apontadas as variáveis a serem acompanhadas na fase de operação, com vistas a realizar, posteriormente, a avaliação *ex-post* do projeto.

2.1.2.3 Fase de operação

Esta fase corresponde ao início do funcionamento dos projetos, quando começam a se tornar concretos os benefícios previstos na formulação do projeto, abrangendo as seguintes fases: início do funcionamento e da operação plena do projeto.

A etapa de início do funcionamento refere-se ao primeiro período de operação do projeto, no decorrer do qual se produz um aumento gradativo da geração de produtos ou prestação de serviços, até alcançar o nível de produção para o qual foi desenhado. Ao longo desta etapa realiza-se, ainda, a análise da operacionalidade do projeto, com base nos parâmetros estabelecidos no desenho. De acordo com o tipo de projeto, a duração desta etapa pode variar de minutos a muitos anos.

A etapa de operação plena acontece quando o projeto alcança seu pleno funcionamento e opera de forma regular, não necessariamente com total

capacidade, pois pode ter sido desenhado com capacidade de reserva para expansão futura da demanda. Esta etapa prolonga-se por quanto dure a vida útil do projeto, podendo durar de um curto período há vários anos.

Durante a fase de operação, com o intuito de encerrar o ciclo de um projeto e de retroalimentar todo o processo, é recomendável efetuar um acompanhamento regular daquelas variáveis que podem demonstrar em uma avaliação de resultados se o projeto ou programa está, efetivamente, atingindo os objetivos estimados na avaliação *ex-ante*.

Passado algum tempo, pode-se efetuar uma avaliação *ex-post* do projeto, de maneira a determinar sistemática e objetivamente a pertinência, eficiência, eficácia e impacto de todas as atividades desenvolvidas a partir dos objetivos traçados. Esta avaliação é um processo organizado para melhorar as atividades que se encontram ainda em funcionamento e auxiliar a unidade de administração do projeto no planejamento, programação e decisões.

2.2 GESTÃO DO CONHECIMENTO COMO UM PROCESSO ORGANIZACIONAL

O conhecimento vem sendo apontado como um recurso vital para as organizações, pela possibilidade de contribuir para a obtenção de vantagens competitivas sustentáveis, para a agregação de valor aos produtos ou para a melhoria da qualidade na prestação de serviços, impondo às organizações a necessidade de administrá-lo de maneira competente. Neste sentido, Sveiby (1998) destaca os ativos intangíveis como a nova riqueza das organizações, argumentando sobre a necessidade e a forma de gerenciá-los e avaliá-los, e Stewart (1998) enfatiza que administrar o conhecimento, encontrar o capital intelectual, armazená-lo, vendê-lo e compartilhá-lo tornou-se a tarefa econômica mais importante para os indivíduos, empresas e países, fazendo com que o sucesso desta nova economia dependa de novas habilidades e novos tipos de organizações e gerenciamento.

Com isto, o tema da Gestão do Conhecimento, que apresenta uma abordagem teórica multidisciplinar, vem despertando grande interesse e aprofundamento no meio acadêmico, em diversas áreas, tais como: economia, informática, biblioteconomia, filosofia, educação e administração. Não obstante a

administração ser uma das últimas áreas do conhecimento humano a compreender a necessidade de estudar o conhecimento sob o ponto de vista organizacional, a literatura sobre Gestão do Conhecimento nesta área vem se expandindo, consolidando uma bagagem teórica significativa, bem como respaldando diversas experiências de implantação de projetos de Gestão do Conhecimento na esfera pública e privada.

Dentro deste contexto, a revisão de literatura sobre Gestão do Conhecimento possibilita constatar uma grande diversidade de conceitos e de enfoques relativos ao tema, resultando em diversas abordagens alternativas para a implantação de projetos de Gestão do Conhecimento nas organizações, apresentadas por diferentes autores. Nesta linha, Terra (2000) propõe um modelo de Gestão do Conhecimento que contempla sete dimensões: fatores estratégicos e o papel da alta administração, culturas e valores organizacionais, estrutura organizacional, administração de recursos humanos, sistemas de informação, mensuração de resultados e aprendizado com o ambiente.

Teixeira Filho (2000) sugere as seguintes etapas de implantação de Gestão do Conhecimento: identificação de temas estratégicos; mapeamento de fontes de informações gerais e específicas; definição de indicadores do processo de Gestão do Conhecimento; modelagem do conteúdo; identificação de gestores e responsáveis pelas informações; identificação de ciclos de atualização; definição de séries históricas e informações agregadas de suporte à decisão; definição dos componentes da infra-estrutura tecnológica; identificação de condicionantes e restrições e estruturação de glossário e indexação do conteúdo.

De outro lado, Stollenwerk (2002), Probst, Raub e Romhardt (2002), Davenport e Prusak (1998a, 1998b), Peluffo A. e Catalan Contreras (2002) abordam, em comum, a Gestão do Conhecimento como um processo organizacional, apresentando um detalhamento dos subprocessos que a compõem. Esta abordagem será examinada com mais profundidade neste tópico, posteriormente à apresentação de alguns conceitos considerados básicos para a compreensão do tema Gestão do Conhecimento.

2.2.1 Conceitos Básicos de Gestão do Conhecimento

2.2.1.1 Dado, informação e conhecimento

Diversos autores na área de Gestão do Conhecimento têm ressaltado dificuldades ou mesmo questionado a necessidade de se buscar uma distinção entre dado, informação e conhecimento. Contudo, uma diferenciação mínima entre estes termos faz-se necessária neste trabalho, visto que, muitas vezes, dependendo do contexto, têm sido utilizados como sinônimos, mais pela importância de se compreender o significado, a abrangência e o grau de complexidade de cada um destes termos, do que pela obrigatoriedade de utilizá-los corretamente.

Para elucidar a distinção entre estes conceitos, será utilizada, a seguir, a hierarquia que vai do dado à informação e, por fim, ao conhecimento. Dentro desta lógica, os dados são um conjunto de fatos distintos e objetivos, relativos a eventos. São simples observações sobre o estado do mundo, que apresentam as seguintes características: são facilmente estruturados, facilmente obtidos por máquinas e facilmente transferíveis, além de serem frequentemente quantificados (DAVENPORT e PRUSAK, 1998). “É informação bruta, descrição exata de algo ou de algum evento. Os dados em si não são dotados de relevância, propósito e significado, mas são importantes porque são a matéria-prima essencial para a criação da informação” (SANTOS, 2001, p. 29).

De maneira distinta, as informações são dados dotados de relevância, que requerem unidade de análise, exigem consenso em relação ao significado e exigem necessariamente mediação humana (DAVENPORT e PRUSAK, 1998). A informação pode ser representada pela utilização da linguagem (falada ou escrita) para articular alguns de nossos conhecimentos tácitos, na tentativa de transmiti-los a outras pessoas. A informação é um tipo de comunicação, em muitos aspectos, ideal para transmitir conhecimento explícito, por ser rápida, segura e independente de sua origem (SVEIBY, 1998).

E, por fim, o conhecimento, diferencia-se de dados e informações, sobretudo, por sua natureza tácita e associada à ação. “O conhecimento é informação valiosa da mente humana, inclui reflexão, síntese e contexto”.

Caracteriza-se, ainda, por ser de “difícil estruturação, captura em máquinas e difícil transparência, além de ser freqüentemente tácito” (DAVENPORT e PRUSAK, 1998, p. 18). “O conhecimento diz respeito a compromissos, é uma função de uma atitude, perspectiva ou intenção específica, está relacionado à ação” (NONAKA e TAKEUCHI, 1997, p. 63). “Conhecimento é uma capacidade de agir” (SVEIBY, 1998). O conhecimento é valioso por estar próximo da ação, mais do que os dados e as informações, o que favorece a avaliação de decisões ou tomadas de ação que desencadeou (DAVENPORT e PRUSAK, 1998).

Especial destaque vem sendo conferido à distinção entre conhecimento *tácito* e *explícito*, estabelecida por Polany¹, citado por Nonaka e Takeuchi (1997), como um fundamento básico para a compreensão do próprio conceito de Gestão do Conhecimento. Para este autor o conhecimento tácito é pessoal, próprio de cada contexto, o que o torna de difícil formulação e comunicação. Por estas características, sua transmissão pode ocorrer, principalmente, mediante observação, imitação e compartilhamento de experiências. Por outro lado, o conhecimento explícito caracteriza-se por ser de fácil transmissão em linguagem formal ou sistemática, porém, representa apenas a ponta do *iceberg* de todo o corpo do conhecimento possível.

Com base nesta distinção entre conhecimento tácito e explícito, Nonaka e Takeuchi (1997) formularam sua teoria da criação do conhecimento organizacional, detalhada no tópico que se segue.

2.2.1.2 A Teoria da criação do conhecimento organizacional

A criação do conhecimento organizacional diz respeito à capacidade que uma empresa tem de gerar o conhecimento, transmiti-lo na organização e incorporá-lo a produtos, serviços e sistemas, produzindo inovação. Segundo os autores, ainda que muito já tenha sido escrito sobre a relevância do conhecimento na gerência, pouca atenção foi concedida às formas de criação do conhecimento e de

¹ M. Polany. **The tacit dimension**. Londres: Routledge & Kegan Paul, 1966.

administração do processo de criação do conhecimento organizacional (NONAKA e TAKEUCHI, 1997).

A teoria da criação do conhecimento formulada por Nonaka e Takeuchi (1997) engloba duas dimensões em sua estrutura conceitual básica: a ontológica e a epistemológica. A ontológica remete-se ao fato de que as organizações não produzem conhecimento sem indivíduos, contudo, podem respaldá-los ou proporcionar-lhes um ambiente favorável à produção de conhecimentos. Assim, a criação do conhecimento organizacional pode ser compreendida como um processo que amplia por toda a organização o conhecimento criado pelas pessoas, integrando-o em sua rede de conhecimentos, dentro de uma “comunidade de interação” em expansão, que atravessa níveis e fronteiras interorganizacionais.

No tocante à dimensão epistemológica, os autores baseiam-se na distinção estabelecida por Polany² (1966), citado por Nonaka e Takeuchi (1997), entre conhecimento tácito e explícito, apontada como a pedra fundamental da teoria da criação do conhecimento. Baseando-se no pressuposto de que o conhecimento é criado e ampliado por intermédio da interação social entre conhecimento tácito e conhecimento explícito, os autores sustentam que existem quatro modos diferentes de conversão do conhecimento: socialização, externalização, combinação e internalização, representados na Figura 5.

Figura 5 - MODOS DE CONVERSÃO DO CONHECIMENTO



FONTE: NONAKA e TAKEUCHI (1997)

² M. Polany. **The tacit dimension**. Londres: Routledge & Kegan Paul, 1966.

A socialização resulta da conversão de conhecimento tácito em conhecimento tácito, ou seja, do contato entre pessoas que se encontram, conversam e trocam experiências. É um processo de compartilhamento de experiências e, a partir daí, da criação do conhecimento tácito, como modelos mentais ou habilidades técnicas compartilhadas. Sem alguma forma de experiência compartilhada, como por exemplo, treinamentos práticos, é extremamente difícil uma pessoa projetar-se no raciocínio do outro indivíduo.

A externalização ocorre quando há uma conversão de conhecimento tácito em conhecimento explícito, ou melhor, quando o conhecimento tácito é explicitado por meio de metáforas, analogias, conceitos, hipóteses ou modelos. Normalmente é visto no processo de criação de conceitos e provocado pelo diálogo ou pela reflexão coletiva significativos.

A combinação se dá quando ocorre a conversão de conhecimento explícito em conhecimento explícito, mediante troca e combinação de conhecimentos, por meio de documentos, reuniões, contatos telefônicos ou redes de comunicação via computador. É um processo de sistematização de conceitos em um sistema de conhecimento. Esse modo de conversão do conhecimento envolve a combinação de conjuntos diferentes de conhecimentos já explicitados e novos conhecimentos explícitos.

A internalização resulta da incorporação do conhecimento explícito no conhecimento tácito, intimamente ligada ao aprender fazendo. Quando são internalizadas nas bases do conhecimento tácito dos indivíduos sob a forma de modelos mentais ou *know-how* técnico compartilhado, as experiências de socialização, externalização e combinação tornam-se ativos de grande valor. Contudo, para que ocorra a criação do conhecimento organizacional, é necessário que o conhecimento tácito acumulado seja socializado com os demais membros da organização, iniciando uma nova espiral de criação do conhecimento.

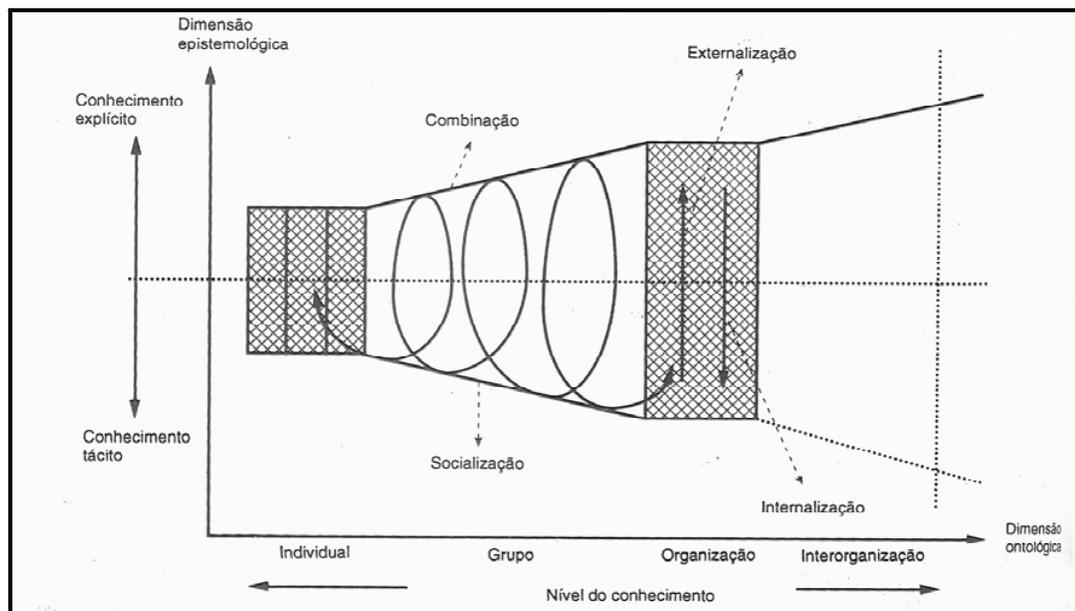
Além disso, para que o explícito se torne tácito, é necessária a verbalização e diagramação do conhecimento sob a forma de documentos, manuais ou histórias orais, o que ajuda os indivíduos a internalizarem suas experiências, acumulando assim seu conhecimento tácito. Por outro lado, documentos ou manuais facilitam a transmissão do conhecimento explícito para outras pessoas, ajudando-as a vivenciar, mesmo que indiretamente, as experiências dos outros.

Importante ressaltar que a criação do conhecimento ocorre, somente, quando há a interação entre o conhecimento explícito e o tácito. A socialização do conhecimento, de maneira isolada, se constitui em uma forma limitada de criação do conhecimento, assim como a mera combinação de conhecimentos explícitos não amplia a base de conhecimento da empresa. Portanto, a criação do conhecimento organizacional é uma interação contínua e dinâmica entre o conhecimento tácito e o explícito, que se configura a partir das mudanças ente os diferentes modos de conversão.

Conforme salientado anteriormente, o conhecimento tácito dos indivíduos na organização constitui-se a base para a criação do conhecimento organizacional. Para que este conhecimento seja ampliado na organização é necessário que ele seja mobilizado, por meio dos quatro modos de conversão, expandindo-se do nível individual para o grupal, organizacional e interorganizacional.

A interação entre o conhecimento tácito e o conhecimento explícito e sua repercussão na organização configuram a chamada espiral da criação do conhecimento organizacional, representada em suas dimensões epistemológica e ontológica, na Figura 6 a seguir.

Figura 6 - ESPIRAL DO CONHECIMENTO



FONTE: NONAKA e TAKEUCHI (1997)

2.2.2 Processos de Gestão do Conhecimento

Os processos são as atividades-chave requeridas para administrar ou operar uma organização. Podem ser definidos como um conjunto de atividades que apresentam um ou mais tipos de entrada, utilizando-se de recursos da organização, que criam uma saída de valor para o cliente. Estes processos ou macroprocessos podem ser divididos em subprocessos, que se inter-relacionam de maneira lógica, sendo constituídos de um determinado número de atividades, que são as ações necessárias para produzir resultados. Cada uma destas atividades é constituída de tarefas que são executadas por indivíduos ou pequenas equipes (HARRINGTON, 1993; KAMEL, 1994).

Os processos caracterizam-se, ainda, por entradas mensuráveis, valor agregado, saídas mensuráveis e atividades com tempo de ciclo, definidas e repetitivas, apresentando como resultados bens de serviços ou produtos para o cliente (KAMEL, 1994).

Para Davenport (1994), um processo é tão somente um conjunto de atividades estruturadas e medidas voltadas a gerar um determinado produto para um cliente ou mercado específico. Constitui-se, portanto, numa ordenação específica de atividades de trabalho no tempo e no espaço, com um começo, um fim, *inputs* e *outputs* claramente definidos, que compõe uma estrutura para a ação. Parte-se do pressuposto de que a adoção de um processo estruturado apresenta, em geral, grande utilidade, não havendo nenhuma lentidão ou ineficiência inerentes na ação que se faz de acordo com um processo. Adotar uma visão baseada no processo demonstra a intenção de melhorar o processo.

Segundo Davenport (1994), certos processos são destinados, especialmente, a manipular e criar informações, mas nem todos os processos operacionais baseados na informação são altamente estruturados. Os métodos para gerenciamento das informações não eram adequados nem mesmo na época de necessidades desestruturadas de informação, desvinculadas das metas empresariais. Os processos de gerenciamento das informações devem incluir toda a "cadeia de valores" da informação, ou seja, o processo deve começar com a definição das necessidades de informação, passar pela coleta, armazenagem, distribuição, recebimento e uso das informações.

A abordagem de Gestão do Conhecimento como um processo organizacional é apresentada por diferentes autores, conforme se observa nas definições que se seguem:

- Gestão do Conhecimento significa organizar as principais políticas, processos e ferramentais gerenciais e tecnológicos à luz de uma melhor compreensão dos processos de geração, identificação, validação, disseminação, compartilhamento e uso dos conhecimentos estratégicos para a empresa e benefícios para os colaboradores internos e externos (*stakeholders*) (TERRA, 2003);
- Gestão do Conhecimento é uma disciplina emergente que tem como objetivo gerar, compartilhar e utilizar o conhecimento tácito (*know how*) e explícito (formal) existente em um determinado espaço, para dar respostas às necessidades dos indivíduos e das comunidades em seu desenvolvimento (PELUFFO A. e CATALAN CONTRERAS, 2002);
- “Gestão do Conhecimento é o processo sistemático de identificação, criação, renovação e aplicação dos conhecimentos que são estratégicos na vida de uma organização” (SANTOS et al., 2001, p. 32);
- Gestão do Conhecimento abastece as questões críticas da adaptação organizacional, sobrevivência e competência em face das crescentes mudanças ambientais descontínuas. Essencialmente, ela representa os processos organizacionais que buscam a combinação sinérgica de dados e a capacidade de processamento de informações, e a capacidade de criar e inovar dos seres humanos (MALHOTRA, 1998).
- Gestão do Conhecimento é o gerenciamento sistemático e explícito do conhecimento vital e está associado aos processos de criação, aquisição, organização, difusão, uso e exploração (SKYRME, 1997);
- Gestão do Conhecimento trata dos processos de criação, sustentação, aplicação compartilhamento e renovação do conhecimento para realçar o desempenho organizacional e criar valor (ALLE, 1997).

Nesta linha, Weggeman³, citado por Zolingen, Streumer e Stooker (1997), visualiza o processo de Gestão do Conhecimento em uma suposta cadeia de valor do conhecimento, que compreende as seguintes fases: determinar o conhecimento de acordo com a estratégia da organização; listar o conhecimento disponível na organização; desenvolver conhecimento; compartilhar conhecimento; aplicar conhecimento e avaliar o conhecimento. Este processo é contínuo e cíclico por natureza. A missão, a visão, as metas e estratégias da organização são as forças que dirigem a cadeia de valor do conhecimento.

Em recente artigo, Zolingen, Streumer e Stooker (2001) apresentam, com base em alguns autores, algumas possibilidades para descrever as fases do processo de Gestão do Conhecimento, optando por caracterizar a Gestão do Conhecimento como um processo cíclico de cinco fases: aquisição do conhecimento; codificação do conhecimento; disseminação do conhecimento; desenvolvimento do conhecimento; aplicação do conhecimento. Com base nestas fases, foi procedido um estudo de caso em uma companhia intensiva em conhecimento.

A aquisição do conhecimento refere-se à incorporação de novos conhecimentos na organização, com especial destaque para o conhecimento estratégico por sua contribuição para a execução das atividades centrais e o desenvolvimento das competências centrais da organização. A codificação do conhecimento diz respeito a tornar o conhecimento explícito e acessível para que, se desejado, todos possam adquiri-lo, a qualquer tempo e em qualquer lugar. A disseminação do conhecimento remete-se a seu compartilhamento para aqueles que dele necessitam na execução de suas tarefas. Na quarta fase, novo conhecimento é desenvolvido a partir da combinação de elementos do conhecimento existente, de novos *insights*. A aplicação do (recentemente desenvolvido) conhecimento significa que este está sendo usado em favor da organização (ZOLINGEN; STREUMER; STOOKER, 2001).

³ WEEGEMAN, M. Kennismanagement.[knowledge management] (Schiedman: Scriptum), (1997).

Dentro desta lógica de pensamento, destaca-se, dentre as diversas abordagens voltadas à implantação de projetos de Gestão do Conhecimento nas organizações, citadas na literatura, a abordagem de alguns autores que apresentam um detalhamento referente aos subprocessos que compõem o processo de Gestão do Conhecimento, aqui denominados genericamente de processos. É importante ressaltar a ênfase dada nos diferentes processos, desde a identificação à aplicação do conhecimento, ao conhecimento estratégico para a organização, qualificado como conhecimento relevante ou conhecimento crítico pelos autores (STOLLENWERK, 2002; PROBST; RAUB; ROMHARDT, 2002; DAVENPORT; PRUSAK, 1998a, 1998b; PELUFFO A. e CATALAN CONTRERAS, 2002).

Stollenwerk (2002), com base na análise dos modelos de Gestão do Conhecimento de diversos autores (Quadro 1), propõe um modelo genérico de Gestão do Conhecimento que contempla sete processos a serem considerados na gestão do conhecimento: identificação, captura, seleção e validação, organização e armazenagem, compartilhamento, aplicação e criação. Este modelo conta, ainda, com quatro fatores facilitadores, sendo eles: liderança, cultura organizacional, mediação e recompensa e Tecnologia da Informação (TI) e comunicação, os quais não serão examinados neste estudo.

Quadro 1 - ANÁLISE COMPARATIVA DE MODELOS DE GESTÃO DO CONHECIMENTO

PROCESSOS DE GESTÃO DO CONHECIMENTO	MODELOS ANALISADOS
Identificação; Conceituação do Conhecimento; Definição do Capital Intelectual	APQC: Hiebeler (1996); Beckman & Liebowitz (1995); Holsapple & Joshi (1997); Spek & Spijkervet (1997)
Captura do Capital Intelectual; Captura do Conhecimento; Coleta do Conhecimento; Importação	APQC: Hiebeler (1996); ASTD: O'Dell (1999); Gartner Group (1999); Holsapple & Joshi (1997); Leonard-
Seleção e Validação do Conhecimento	APQC: Hiebeler (1996); Beckman & Liebowitz (1995); Holsapple e Joshi (1997)
Organização e Armazenagem do Conhecimento; Codificação do Conhecimento; Compilação e	Beckman & Liebowitz (1995); Gartner Group (1999); Holsapple & Joshi (1997); Ruggles (1998); Marquadt
Compartilhamento do Capital Intelectual; Acesso e Disponibilização do Conhecimento; Transferência do Conhecimento; Externalização do Conhecimento	APQC: O'Dell (1999); Beckman & Liebowitz (1995); Gartner Group (1999); Holsapple & Joshi (1997); Ruggles (1998); Marquadt (1996); Wiig (1993)
Aplicação do Capital Intelectual; Implantação e Integração de Novas Ferramentas	APQC: Hiebeler (1996); ASTD: O'Dell (1999); Beckman & Liebowitz (1995); Gartner Group (1999); Holsapple & Joshi (1997); Leonard-Barton (1997)
Criação de Conhecimento; Geração de Conhecimento; Busca de Soluções Criativas; Combinação de Conhecimentos	APQC: Hiebeler (1996); ASTD: O'Dell (1999); Beckman & Liebowitz (1995); Gartner Group (1999); Holsapple & Joshi (1997); Leonard-Barton (1997); Ruggles (1998); Marquadt (1996); Spek & Spijkervet (1997); Wiig (1993)
Venda do Conhecimento; Incorporação do Conhecimento nos Produtos e Serviços	Beckman & Liebowitz (1995);
Avaliação dos Benefícios e do Valor do Conhecimento	Wiig (1993); Spek & Spijkervet (1997)

FONTE: STOLLENWERK (2002)

Probst, Raub e Romhardt (2002) têm trabalhado com várias empresas conhecidas para mapear os processos essenciais em gestão do conhecimento e as principais áreas de problemas, o que permite subdividir a gestão do conhecimento em módulos ou “elementos construtivos”. Esses elementos construtivos vão auxiliar na análise da situação da organização e a estruturar as atividades de gestão do conhecimento. Segundo o autor, estes elementos construtivos de gestão do conhecimento não conflitam com o planejamento estratégico clássico, pelo contrário, eles o valorizam definindo metas não ambíguas de conhecimento e fornecendo uma avaliação clara do conhecimento existente. São eles: identificação do conhecimento, aquisição do conhecimento, desenvolvimento do conhecimento, compartilhamento e

distribuição do conhecimento, utilização do conhecimento e retenção do conhecimento.

Davenport e Prusak (1998b) propõem uma nova abordagem para o gerenciamento de informações e conhecimentos, chamada Ecologia da Informação, que se diferencia de outras, especialmente, pela proposta de uma visão ampliada da administração da informação na organização, considerando seus diversos aspectos: estratégia de informação, política da informação, comportamento/cultura, *staff*, processos e arquitetura. O componente Processos de Gerenciamento Informacional compreende “um conjunto estruturado de atividades que incluem o modo como as empresas obtêm, distribuem e usam a informação e o conhecimento” (DAVENPORT e PRUSAK, 1998b, p. 171). O autor descreve um processo genérico de gerenciamento da informação e do conhecimento, em quatro passos: determinação das exigências de informação, obtenção, distribuição e uso da informação. Davenport e Prusak (1998a) não apresentam uma proposta explícita de subprocessos de Gestão do Conhecimento, porém, tratam destes de maneira detalhada.

Peluffo A. e Catalan Contreras (2002) abordam os processos que competem a uma Gestão do Conhecimento formalizada dentro de uma organização. Para tanto, definem seis fases no ciclo permanente que permite incorporar a Gestão do Conhecimento em uma organização que administra o conhecimento organizacional como seu recurso estratégico mais valioso: diagnóstico, definição de objetivos, produção, armazenagem, circulação e medição.

Utilizando como referência o Modelo Genérico de Stollenwerk (2002), e levando em conta a natureza e peculiaridades da organização a ser pesquisada, serão, a seguir, abordados os principais conceitos relacionados aos processos propostos pela autora, considerados processos básicos a serem identificados na pesquisa. Serão acrescidos a estes, conceitos comuns abordados por Probst, Raub e Romhardt (2002), Davenport e Prusak (1998a, 1998b), Peluffo A. e Catalan Contreras (2002), relativos aos referidos processos. Segue-se o detalhamento dos seguintes processos: identificação, captura, criação, organização e armazenagem, compartilhamento e aplicação.

2.2.2.1 Processo de identificação do conhecimento

O processo de identificação do conhecimento tem como ponto de partida as estratégias organizacionais, a partir das quais são identificadas as competências críticas e as áreas de conhecimento que as sustentam. Abrange, ainda, o levantamento das fontes de conhecimento internas e externas, as lacunas entre as competências existentes e as necessárias, bem como uma programação para desenvolvimento ou manutenção destas competências.

Para Stollenwerk (2002), este processo remete à identificação das competências críticas (essenciais) para o sucesso da organização, consideradas fundamentais para a operacionalização da estratégia definida pela organização e para o conseqüente alcance de um alto desempenho organizacional. A partir de cada competência, devem ser identificadas as diversas áreas de conhecimento que as sustentam, possibilitando verificar competências já existentes passíveis de serem transferidas e competências a serem desenvolvidas ou adquiridas. A operacionalização deste processo abrange as seguintes etapas:

- a) criação de uma agenda de competências essenciais voltadas tanto para negócios existentes quanto para novos negócios;
- b) identificação da lacuna entre as competências existentes e as necessárias;
- c) desdobramento das competências essenciais existentes e necessárias em áreas de conhecimento que as suportam (mapeamento de conhecimentos);
- d) identificação das fontes internas e externas relacionadas às áreas de conhecimento mapeadas;
- e) proposição de soluções para suprimir ou diminuir a lacuna entre as competências existentes e as necessárias.

Davenport e Prusak (1998b) se referem a este processo como "determinação das exigências", o qual envolve procedimentos voltados a determinar as necessidades de informação da organização, o que pressupõe o entendimento do contexto no qual está inserida a organização. No que se refere à identificação do conhecimento na organização, Davenport e Prusak (1998a) afirmam que o

conhecimento relevante só se torna um ativo corporativo valioso quando as pessoas sabem onde encontrá-lo. Mapas de conhecimento e páginas amarelas são citados como ferramentas para indicar a localização do conhecimento na organização.

Para Probst, Raub e Romhardt (2002), o processo de identificação do conhecimento consiste na análise e descrição do ambiente de conhecimento da empresa, o qual envolve o quadro geral de habilidades, informações e dados internos e externos. A gestão eficaz do conhecimento deve garantir a transparência interna e externa das informações e conhecimentos críticos para a organização, com vistas a favorecer sua localização pelos funcionários. A partir das metas de conhecimento da organização, devem ser identificadas as fontes internas e externas de conhecimento que possam reforçar as competências existentes ou criar novas competências. Mapas de conhecimento, lista de especialistas, páginas amarelas e intranet possibilitam localizar o ambiente de conhecimento relevante dentro e fora da organização, identificando pontos de apoio ou mesmo lacunas a serem preenchidas.

Peluffo A. e Catalan Contrera (2002) apresentam dois processos que remetem à identificação do conhecimento, ao diagnóstico e à definição de objetivos. Na etapa do diagnóstico, identifica-se o estado em que se encontra o sistema de Gestão do Conhecimento no interior da organização, definindo-se as necessidades de conhecimento e de sua gestão, no que se refere à tecnologia, processos, pessoas e valores. Este diagnóstico pode ser realizado por meio do Mapa de Conhecimento Organizacional, Diagnóstico de Práticas Habituais e Avaliação das Capacidades Dinâmicas. Na etapa seguinte ao diagnóstico, são definidos os objetivos do Conhecimento, ou seja, aqueles objetivos que proporcionam à Gestão do Conhecimento uma relação direta com a criação de conhecimentos e competências chave para fortalecer o desenvolvimento de suas estratégias.

2.2.2.2 Captura do conhecimento

Com base no processo de identificação do conhecimento, o processo de captura abrange uma diversidade de atividades voltadas ao desenvolvimento ou reciclagem das competências necessárias, mediante aquisição de conhecimentos, habilidades e experiências junto às fontes internas e externas identificadas

anteriormente. Este processo, assim como o processo de criação do conhecimento, possibilita a agregação de conhecimento novo na organização.

Para Stollenwerk (2002), o processo de captura envolve a aquisição de conhecimentos, habilidades e experiências necessárias à manutenção ou ao desenvolvimento de competências essenciais e áreas de conhecimento que as sustentam. Para tanto, é ressaltada a importância de se conhecer as diversas fontes (internas e externas) de conhecimento disponíveis nas quais se pode efetivamente adquirir o conhecimento. Entre as fontes internas da organização, destacam-se especialistas *seniors*, clientes e fornecedores internos, sistemas de gestão da organização, simulação e modelagem de processos, políticas, práticas e procedimentos, treinamento interno, estratégia da organização, planejamento orçamentário e operacional, documentação dos processos, caixa de sugestões de empregados.

No que se refere às fontes externas, destacam-se publicações, serviços de consultoria, sistemas especialistas e bancos de dados comerciais, conferências e congressos, treinamentos e seminários, relacionados com clientes e fornecedores, novos empregados, pesquisa acadêmica, *benchmarking*, parcerias, alianças estratégicas e *joint ventures*, mídias diversas e inúmeras outras (STOLLENWERK, 2002).

Segundo a autora, o processo de captura apresenta uma semelhança com a etapa de criação de conhecimentos, pelo fato de que ambas agregam novos conhecimentos ao macroprocesso de gestão de conhecimento nas organizações. Considera-se, para efeito deste estudo, que o processo de seleção e validação do conhecimento ocorre simultaneamente ao processo de captura, visto que visa filtrar o conhecimento, avaliar sua qualidade e sintetizá-lo para fins de aplicação futura. São as etapas do processo de captura:

- a) identificação das fontes internas e externas;
- b) seleção das estratégias de aquisição;
- c) aquisição, formalização e recuperação do conhecimento (STOLLENWERK, 2002).

Davenport e Prusak (1998b) se referem a este processo como "obtenção", o qual ocorre posteriormente à definição, por parte do gerente, das informações

necessárias a um processo. A obtenção de informações é uma atividade ininterrupta, não algo que possa ser finalizado e despachado, portanto, o processo mais eficaz é aquele que incorpora um sistema de aquisição contínua. Para Davenport e Prusak (1998a), a aquisição de conhecimento deve estar focada em necessidades concretas, favorecendo a resolução de problemas.

Probst, Raub e Romhardt (2002) apresentam o processo de aquisição relativo à captura de conhecimentos. No processo de aquisição do conhecimento, ressaltam que as empresas importam uma parte considerável de seu conhecimento de fontes externas. Relações com clientes, fornecedores, concorrentes e parceiros em empreendimentos cooperativos têm um potencial significativo de conhecimento que raramente é utilizado em sua totalidade. O recrutamento de especialistas, a compra de empresas ou a contratação de consultores são possibilidades para preencher lacunas de conhecimentos que se encontra dificuldades para desenvolver.

Para Peluffo A. e Catalan Contreras (2002), o processo de captura, assim como o de criação do conhecimento, faz parte do processo de produção do conhecimento organizacional. O processo de captura ocorre mediante mecanismos de aprendizagem permanentes, associando-se ao modelo ocidental de geração de conhecimento organizacional.

2.2.2.3 Criação do conhecimento

Este processo tem como foco a agregação de conhecimentos novos na organização. Abrange todos os esforços direcionados à criação, à produção ou ao desenvolvimento de novas idéias, capacidades, produtos e serviços, no interior da organização. Baseia-se, para tanto, em atividades que favoreçam a criatividade e a inovação.

O processo de criação de um novo conhecimento envolve as seguintes dimensões: aprendizagem, externalização do conhecimento, lições aprendidas, pensamento criativo, pesquisa, experimentação, descoberta e inovação. Muitas atividades organizacionais podem contribuir de forma decisiva para potencializar a criação de um novo conhecimento. Por exemplo: formulação e operacionalização da

estratégia; inteligência competitiva; pesquisa e desenvolvimento – P&D; processos de mudança organizacional; reengenharia de negócios – BPR; *benchmarking*; processos decisórios em geral (STOLLENWERK, 2002).

Peluffo A. e Catalan Contreras (2002) abordam o processo de criação do conhecimento quando apresentam a etapa de Produção do Conhecimento Organizacional, relacionando-o ao modelo oriental de geração de conhecimento organizacional, o qual se fundamenta nas experiências dos indivíduos que compõem a organização.

Tanto Stollenwerk (2002) quanto Peluffo A. e Catalan Contreras (2002) remetem-se à teoria da criação do conhecimento organizacional de Nonaka e Takeuchi, explicitada no tópico 2.2.1.2 deste trabalho, quando abordam o processo de criação ou produção do conhecimento.

Conceitos relativos à criação de conhecimento são, ainda, apresentados por Probst, Raub e Romhardt (2002), quando abordam o elemento construtivo “desenvolvimento do conhecimento”, o qual, segundo os autores, complementa a aquisição de conhecimento. Seu foco está na geração de novas habilidades, novos produtos, idéias melhores e processos mais eficientes. O desenvolvimento do conhecimento inclui todos os esforços administrativos conscientemente direcionados para produzir capacidades que ainda não se encontram presentes na organização ou ainda não existem dentro nem fora delas.

Tradicionalmente, o desenvolvimento do conhecimento está ancorado em pesquisas de mercado da empresa e em seu departamento de Pesquisa & Desenvolvimento, entretanto, um conhecimento importante pode brotar de qualquer outra parte da organização. Neste elemento construtivo, são examinadas as maneiras gerais da empresa de lidar com novas idéias e de utilizar a criatividade de funcionários. Quando analisadas sob o ponto de vista de gestão do conhecimento, até mesmo as atividades que antes eram vistas simplesmente como processos de produção podem ser examinadas e otimizadas de forma a produzir conhecimento (PROBST, RAUB e ROMHARDT, 2002).

2.2.2.4 Organização e armazenagem do conhecimento

O processo de organização e armazenagem de conhecimento é abordado de maneira diversificada por diferentes autores, como uma prática voltada a codificar, formalizar, reter ou dar permanência aos conhecimentos que são críticos para a organização, de maneira a disponibilizá-los aos interessados. Embora seja ressaltado o papel das tecnologias da informação e da comunicação, este processo abrange a sistematização de conhecimentos tanto em material impresso quanto em meio eletrônico.

Para Stollenwerk (2002), este processo visa a possibilitar a recuperação rápida, fácil e correta do conhecimento, por intermédio do uso de sistemas de armazenagem efetivos. Alguns parâmetros servem de referência para a seleção dos conhecimentos a serem organizados e armazenados, definidos pelas seguintes questões: Que conhecimento a organização quer ou deve guardar? De que conhecimento a organização necessita? Que conhecimento deve ser ignorado ou descartado? Qual a melhor forma de recuperar o conhecimento?

A autora considera que a eficácia do processo de organização e armazenagem está diretamente relacionada à formalização do conhecimento, visto que a posse individual e informal de conhecimentos, competências e experiências restringe o compartilhamento e a aplicação destes em processos, produtos e serviços da organização.

É ressaltado o papel facilitador das tecnologias associadas à gestão da informação para o processo de armazenagem de conhecimento, ressaltando-se os sistemas computadorizados (repositórios de conhecimento) para armazenamento de informações sobre a competência, o conhecimento, a experiência e a documentação nas diversas áreas de conhecimento. Estes repositórios podem conter os seguintes tipos de estrutura de conhecimento: bancos de conhecimento com regras de indexação à base de linguagens documentárias, bancos de dados de imagens, textos, documentos, dados, casos, normas, procedimentos e modelos. As etapas deste processo são:

- a) classificação do conhecimento validado, segundo os critérios predefinidos;
- b) definição da arquitetura de Tecnologia da Informação (TI) e seleção de ferramentas de gestão da informação;
- c) criação e gerenciamento de bancos de dados relacionais a serem utilizados como repositório de conhecimentos, informações e dados.

Davenport e Prusak (1998a) ressaltam a importância da codificação do conhecimento como processo fundamental, no sentido de dar permanência ao conhecimento que, de outra forma, se mantém na mente das pessoas. A codificação possibilita a conversão do conhecimento relevante para formatos acessíveis e aplicáveis de forma a torná-lo acessível àqueles que dele necessitem. Alguns princípios devem ser considerados para que a codificação seja bem-sucedida: clareza quanto aos seus objetivos (conhecimentos críticos para o negócio); capacidade de identificação do conhecimento a ser codificado; utilidade e adequação do conhecimento a ser codificado; definição do meio apropriado de codificação. Ressalta-se, ainda, que nem todo conhecimento é passível de codificação, seja em meio eletrônico ou em material impresso.

Probst, Raub e Romhardt (2002) referem-se a este processo como “retenção de conhecimento”, enfatizando que uma vez adquiridas, as competências não estão automaticamente disponíveis todo o tempo. A retenção seletiva de informações, de documentos e de experiência requer gestão. As organizações comumente se queixam de que uma organização lhes custou parte de sua memória. Os processos para selecionar, armazenar e atualizar regularmente um conhecimento de potencial valor futuro devem, portanto, ser estruturados cuidadosamente. Se isso não for feito, uma competência técnica valiosa pode ser simplesmente jogada fora. A retenção do conhecimento depende do uso eficiente de uma grande variedade de meios de armazenagem da organização.

Peluffo A. e Catalan Contreras (2002) remetem-se ao processo de organização e armazenagem do conhecimento quando detalham o processo de armazenagem e atualização, que se caracteriza pelo armazenamento dos conhecimentos, previamente codificados, em repositórios aos quais os usuários

possam ter acesso fácil ao conhecimento necessário, no momento que dele necessitem. Esta fase requer a realização coordenada e sistemática das seguintes atividades: codificação, catalogação, limpeza e segurança.

2.2.2.5 Processo de compartilhamento (acesso e distribuição) do conhecimento

Abordado de diferentes maneiras pela literatura, este processo engloba desde o acesso e distribuição de informações e conhecimentos por meio da utilização de recursos de tecnologia da informação e da comunicação ao compartilhamento de conhecimentos, habilidades e experiências mediante contato face a face. Tem como foco primordial a ampla difusão do conhecimento dentro da organização, por meio do compartilhamento de conhecimentos explícitos e tácitos disponíveis.

Para Stollenwerk (2002), o ponto central deste processo é a facilidade de acesso, para o qual o papel da tecnologia da informação e comunicação torna-se indiscutível. Este processo segue as seguintes etapas:

- a) identificação das necessidades de informação e de conhecimento da organização (redes de inteligência, decisores e especialistas);
- b) criação de mecanismos eficazes de recuperação e difusão do conhecimento;
- c) capacitação dos usuários potenciais em ferramentas de recuperação da informação e do conhecimento;
- d) difusão automática do conhecimento em tempo hábil para as pessoas certas.

Para Davenport e Prusak (1998b), o processo seguinte à obtenção de informação, a distribuição, está ligado ao modo como a informação é formatada. Toda empresa possui dados inestimáveis aos gerentes, mas poucas (ou nenhuma) das pessoas que precisam delas sabem onde se encontram ou como consegui-las. A distribuição envolve a ligação de gerentes e funcionários com a informação de que necessitam. Se os outros passos do processo estiverem funcionando, então a

distribuição será mais efetiva: definir as exigências informacionais de uma organização ajuda a aumentar a consciência de que a informação é valiosa, o formato correto torna mais fácil a distribuição. Talvez a decisão de mais alto nível e em âmbito mais geral necessária aos gerentes é a escolha da estratégia de distribuição a empregar, se as informações devem ser divulgadas aos usuários ou procuradas por eles. Ressalta-se, ainda, que os melhores sistemas de distribuição são híbridos, que reúnem pessoas, documentos e computadores.

Para Davenport e Prusak (1998a), em muitas organizações é comum reinventar a roda, concentrando esforços em resolver problemas que já foram solucionados, porém, não foram compartilhados. Neste sentido, são destacadas algumas possibilidades para o compartilhamento do conhecimento: equipamentos de videoconferência, correio eletrônico multimídia, compartilhamento de aplicativos, quadros-negros compartilhados, *scanner* de documentos, ferramentas para gravar vídeos, *groupware* e um *brouser* de *internet*. Contudo, a ênfase do processo de compartilhamento deve concentrar-se no contato pessoa a pessoa e nas necessidades humanas, não em requisitos de sistema nem num repositório eletrônico de conhecimentos, o que pode ser obtido por meio de: redes informais para compartilhamento, salas de bate-papo, feiras, passeios e fóruns abertos para troca de conhecimentos. É destacada, ainda, a importância de uma cultura organizacional favorável ao compartilhamento do conhecimento, retratada por meio de incentivos.

Probst, Raub e Romhardt (2002) tratam do processo de “compartilhamento e distribuição do conhecimento” como condição prévia vital para transformar informações ou experiências isoladas em algo que toda organização possa utilizar. As perguntas-chave são: Quem deve saber quanto sobre o quê, ou ser capaz de fazer o quê e em que nível? Como podemos facilitar o compartilhamento e a distribuição do conhecimento? Não é necessário que todos saibam tudo, pelo contrário, o princípio da divisão de trabalho requer uma descrição e um gerenciamento significativos do escopo da distribuição do conhecimento do indivíduo para o grupo ou a organização. A distribuição do conhecimento é o processo de compartilhar e disseminar conhecimento que já se encontra presente na organização.

Peluffo A. e Catalan Contreras (2002) referem-se ao compartilhamento quando tratam do processo de circulação e utilização do conhecimento, referindo-se à criação de espaços de conversação e intercâmbio que favoreçam a circulação do conhecimento tácito e explícito na organização. Confere especial destaque para as tecnologias de *internet*, como um importante canal para a distribuição de conhecimentos, ressaltando que *internets* e *intranets* proporcionam meios ideais para o compartilhamento de conhecimentos.

2.2.2.6 Aplicação do conhecimento

O último processo diz respeito à utilização efetiva do conhecimento adquirido ou produzido por meio dos demais processos. A aplicação de conhecimentos, alinhada às metas estratégicas da organização, focaliza-se, portanto, na incorporação dos conhecimentos disponíveis aos processos, produtos ou serviços, gerando benefícios para a organização.

Para Stollenwerk (2002), o processo de disponibilização e compartilhamento de conhecimentos, experiências e informações somente cumpre seu papel quando estes são utilizados em situações concretas da organização, produzindo benefícios como o aperfeiçoamento do desempenho, a criação de novos produtos e a conquista de novos mercados. É destacada a importância de se registrar as lições aprendidas com a aplicação do conhecimento, os ganhos alcançados e os desafios a serem ainda enfrentados, no que se refere à aquisição de novos conhecimentos. São etapas deste processo:

- a) aplicação do conhecimento relevante, confiável e de alto valor agregado em processos decisórios, em soluções de problemas operacionais, em processos de inovação e de aprendizagem;
- b) registro das lições aprendidas e dos ganhos obtidos com a utilização.

Davenport (1998b) refere-se ao “uso da informação” ressaltando que, em muitas empresas, as políticas de gerenciamento da informação lembram a maneira como lidamos com doenças. Grandes volumes de recursos são gastos para desenvolver medicamentos de alta tecnologia, mas os pacientes não os tomam ou

não seguem a receita de maneira adequada. Como um medicamento que não é tomado, a informação de nada servirá até que seja utilizada. O uso é a etapa final de todo processo de gerenciamento informacional, mas até mesmo pesquisadores e gerentes da área o têm ignorado. De um lado, o uso da informação é algo bastante pessoal. A maneira como um funcionário procura, absorve e digere a informação antes de tomar uma decisão depende pura e simplesmente dos meandros da mente humana. No entanto, uma orientação voltada a processos pode ajudar a colocar ordem nesses fatores confusos, a partir de iniciativas específicas. Há muitas maneiras pragmáticas de aperfeiçoar esses passos: estimativas, ações simbólicas, contextos institucionais corretos e incorporação do uso da informação nas avaliações de desempenho.

Davenport e Prusak (1998a) salientam a importância de uma cultura organizacional que estimule a criatividade e a inovação, resultados da aplicação apropriada do conhecimento. Bancos de dados de lições aprendidas constituem-se importantes mecanismos para demonstração da aplicação efetiva de conhecimentos existentes na organização.

Probst, Raub e Romhardt (2002) referem-se ao processo de utilização do conhecimento, destacando que o objetivo integral da gestão de conhecimento é assegurar que o conhecimento presente em uma organização seja aplicado produtivamente em seu benefício. Infelizmente, a identificação e a distribuição bem-sucedidas de conhecimento importante não garantem que ele será utilizado nas atividades diárias da empresa. Existem várias barreiras que impedem o uso do conhecimento “de fora”. Portanto, devem-se tomar providências para garantir que habilidades e ativos de conhecimentos valiosos - como patentes ou licenças - sejam totalmente utilizados.

A questão da aplicação do conhecimento é abordada por Peluffo A. e Catalan Contreras (2002), quando expõem o processo de medição do desempenho, voltado a identificar em que medida a GC está produzindo nos resultados organizacionais. Para tanto, baseia-se na definição de alguns indicadores que possibilitem responder as seguintes questões: que capacidade de geração de conhecimentos desenvolveu a organização, a partir das práticas de GC? De que maneira estão sendo compartilhados os conhecimentos tácitos e explícitos

existentes? Qual é a taxa de utilização do conhecimento disponível na organização?

Para que estas perguntas possam ser respondidas, devem ser definidos alguns indicadores que possibilitem acompanhar a evolução das iniciativas associadas à GC e encaminhar ações necessárias, com vistas a alcançar os objetivos propostos.

2.3 BENEFÍCIOS DA GESTÃO DO CONHECIMENTO

A revisão de literatura sobre Gestão do Conhecimento possibilita constatar uma grande diversidade de conceitos e de enfoques relativos ao tema. Por outro lado, observa-se que, em comum, diferentes autores relacionam iniciativas de implantação de Processos de Gestão do Conhecimento à agregação de valor aos bens ou serviços produzidos pelas organizações. Nesta linha, Beckman (1997) conceitua a Gestão do Conhecimento como a formalização e o acesso à experiência, conhecimento e *expertise* que cria novas capacidades, possibilita o desempenho superior, encoraja a inovação e realça o valor para o cliente.

Segundo Terra (2001), Gestão do Conhecimento e resultados empresariais no Brasil estão diretamente relacionados. Com base em pesquisa realizada em 1998, com quase 600 diretores e gerentes de grandes e médias empresas atuantes no Brasil, conclui-se que existem fortes evidências de que empresas que focam sua gestão na criação, aquisição e compartilhamento do conhecimento têm maior probabilidade de conseguir bons resultados empresariais. De acordo com o modelo utilizado nesta pesquisa, as práticas gerenciais relacionadas a uma efetiva “Gestão do Conhecimento” e, conseqüentemente, ao estímulo ao aprendizado, à criatividade e à inovação no contexto organizacional, estão fortemente associadas a melhores desempenhos empresariais (medidos pela posição de mercado e desempenho recente em termos de mudança no *market share*).

Para Teixeira Filho (2002), as empresas passaram a se preocupar com o seu “capital intelectual”, com sua “inteligência competitiva”, enfim, com a “gestão do conhecimento”, porque precisam de qualidade, valor agregado, serviço, inovação, flexibilidade, agilidade e velocidade de forma cada vez mais crítica. Numa economia

global, o conhecimento sobre seus mercados, seus processos, seus clientes, sua tecnologia, seus concorrentes tornou-se o fator econômico mais importante no ambiente competitivo das organizações, fazendo com que as empresas se diferenciem pelo que sabem e pela forma como conseguem usar esse conhecimento. Assim, as empresas se voltaram para a Gestão do Conhecimento no intuito de entender, organizar, controlar e lucrar com esse valor intangível com vistas a obter vantagens competitivas.

De acordo com Davenport e Prusak (1998), as rápidas mudanças e a crescente competição por dólares, marcos e ienes de consumidores cada vez mais sofisticados levaram as empresas a buscar uma vantagem sustentável para se distinguir em seus mercados. Neste sentido, afirmam que a única vantagem sustentável que uma empresa tem é aquilo que ela coletivamente sabe, a eficiência com que ela usa o que sabe e a prontidão com que ela adquire e usa novos conhecimentos. Ainda, segundo os autores, o conhecimento não é novo, novo é reconhecê-lo como um ativo corporativo e entender a necessidade de geri-lo e cercá-lo do mesmo cuidado dedicado à obtenção de valor de outros ativos mais tangíveis. Assim, cada vez mais as atividades baseadas no conhecimento e voltadas para o desenvolvimento de produtos e processos estão se tornando as principais funções internas das empresas e aquelas com maior potencial de obtenção de vantagem competitiva.

Diversas empresas apontam como resultado da Gestão do Conhecimento economias, melhorias e aumentos de produtividade. Por exemplo, na Hoffman-LaRoche, uma iniciativa desta natureza desenvolvida em 1993/1994 reformou o processo de aprovação de novos medicamentos, provocando um economia de US\$1 milhão por dia; em 1996, cardiologistas líderes na área de cirurgia cardíaca provenientes de cinco centros médicos da Nova Inglaterra reuniram-se para observar as práticas de cirurgia uns dos outros, e trocaram idéias sobre seus procedimentos mais eficientes, resultando numa queda de 24% da taxa geral de mortalidade por cirurgia de *bypass* coronariano, o equivalente a 74 mortes a menos do que o previsto; e, em 1995, frente à dificuldade de encontrar pessoal preparado para dar suporte técnico ao clientes, a Hewlett-Packard implementou uma ferramenta de suporte técnico voltada a reunir conhecimento e torná-lo acessível

para o pessoal de todo o mundo, produzindo resultados impressionantes, tais como a queda de dois terços na média de chamadas de atendimento e a redução de 50% no custo da chamada (DAVENPORT e PRUSAK, 1998).

Stewart (1998) destaca o capital intelectual como a soma de tudo que todos conhecem em uma empresa e que confere à empresa sua vantagem competitiva, o que pode ser usado para criar uma vantagem diferencial. Enfatiza que uma coisa é afirmar que o conhecimento é o ativo mais importante da organização, outra, bastante diferente, é transformá-lo em planos e estratégias que levem a um melhor desempenho. Para tanto, é preciso ter não só uma definição de capital intelectual como também uma descrição que os executivos possam usar para planejar como irão investir nos ativos do conhecimento e como irão gerenciá-los, de forma a obter vantagens competitivas.

No que se refere à aplicação da Gestão do Conhecimento na Administração Pública, Wiig (2000) destaca como meta a melhoria da efetividade e da viabilidade do empreendimento, ressaltando que nesta área a GC desempenha vários papéis que servem a clientelas e propósitos específicos, com vistas a construir de maneira conjunta o capital intelectual da sociedade, para melhorar a efetividade na consecução e manejo da decisão pública e privada.

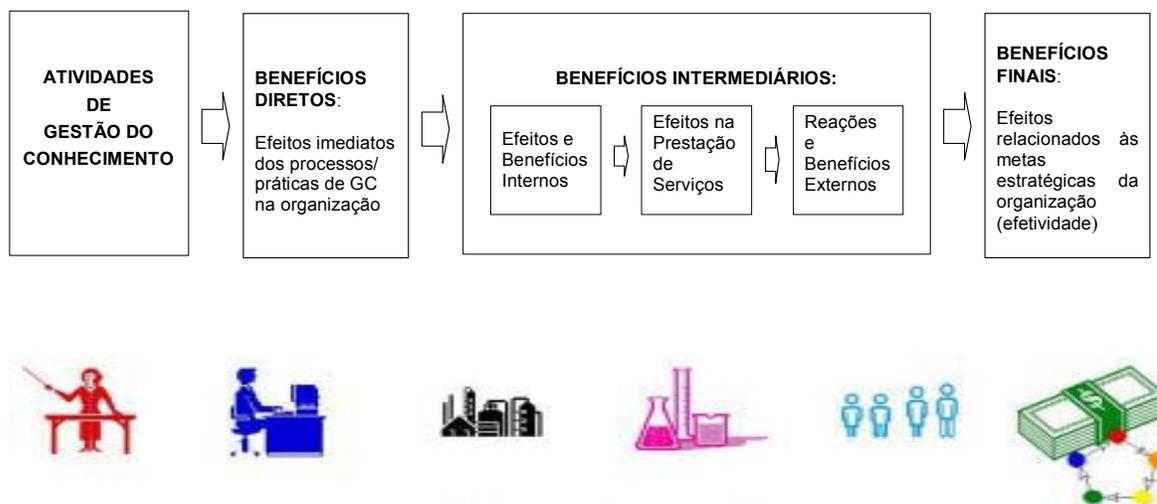
Enfatiza a importância significativa da administração do conhecimento para a obtenção de melhores serviços públicos, ressaltando a necessidade da identificação prévia das atividades que serão implantadas e da previsão dos benefícios resultantes. Atividades de GC na administração pública poderão ser implantadas em quatro áreas distintas: para assegurar um serviço público competente e efetivo; para construir a alavancagem do capital intelectual público e privado; para preparar parceiros de política pública efetivos; para desenvolver trabalhadores do conhecimento (WIIG, 2000).

De outro lado, para Peluffo A. e Catalan Contreras (2002), de acordo com alguns casos analisados, quando se implementa formalmente a Gestão do Conhecimento no setor público, os sistemas se tornam cada vez mais interligados, melhorando a qualidade da relação Estado-cidadão. Pode contribuir, ainda, para: processos mais visíveis e dinâmicos; otimização de recursos; melhoria na transparência no manejo dos assuntos públicos.

Conforme se observa, os benefícios da Gestão do Conhecimento, tanto na esfera pública quanto na privada, são abordados sob diferentes perspectivas. São ressaltados, desde os benefícios que repercutem no interior da organização àqueles que impactam no mercado ou na sociedade.

A identificação dos efeitos ou benefícios de atividades de Gestão do Conhecimento tem sido objeto de análise de alguns autores. Segundo Wiig (1999), para facilitar a identificação dos fatores que podem resultar em custos e benefícios desejáveis de atividades de Gestão do Conhecimento nas organizações, tem sido útil utilizar uma representação gráfica de cadeias de efeito causal, que vão da atividade inicial aos benefícios finais. Estes benefícios são demonstrados como uma cadeia de eventos lineares que iniciam com a decisão gerencial de desenvolver e instalar uma atividade de Gestão do Conhecimento, desdobrando-se em efeitos e benefícios diretos, intermediários e finais (WIIG, 2004), conforme representado na figura abaixo (Figura 7):

Figura 7 - EFEITOS EM CADEIA DAS ATIVIDADES DE GESTÃO DO CONHECIMENTO (GC)



FONTE: elaborado pela autora com base em WIIG (2004)

Conforme se observa na Figura 7, os benefícios diretos da Gestão do Conhecimento abrangem os efeitos mais imediatos das atividades de GC na

organização, tais como o acesso mais fácil aos conhecimentos ou a ampliação do compartilhamento. Os efeitos intermediários demonstram o desdobramento e a repercussão das atividades de GC nos processos de trabalho (foco nas operações), nos produtos e serviços (foco nos produtos e serviços), bem como no ambiente externo à organização (foco no mercado e no consumidor); enquanto os benefícios finais remetem a efeitos relacionados às metas estratégicas da organização, tais como lucratividade, imagem de mercado, dentre outros.

De modo semelhante, Skyrme (2004) classifica os benefícios da Gestão do Conhecimento em três classes, que compreendem: benefícios do conhecimento, benefícios intermediários e benefícios organizacionais.

A primeira classe de benefícios diz respeito aos benefícios decorrentes do processamento eficiente da informação e do conhecimento. A segunda classe de benefícios refere-se ao modo como os benefícios do conhecimento podem ser traduzidos em termos de eficiência ou eficácia. Por fim, a terceira classe de benefícios, os benefícios organizacionais, são aqueles que exercem impacto sobre algumas das metas-chave da organização, tais como a produtividade e os serviços ao consumidor (SKYRME, 2004).

A tipologia de benefícios de GC apresentada pelos autores fornece um importante referencial para compreender os diferentes impactos que as atividades de Gestão do Conhecimento podem exercer nas organizações. Possibilitam, ainda, concluir que, de modo geral, os autores da área, ao se referirem aos benefícios da GC, especialmente no ambiente empresarial, têm ressaltado os benefícios finais da GC, quando se referem a resultados empresariais, a obtenção de vantagens competitivas, a melhoria do desempenho organizacional.

Em alguns casos são focalizados os benefícios diretos e intermediários da GC, como por exemplo, em artigo recente, Albertson (2000) destaca como principais benefícios da Gestão do Conhecimento a:

- a) redução da duplicação de esforços entre as pessoas ou departamentos;
- b) maximização dos ativos de informação e conhecimento por meio de seu amplo compartilhamento dentro da organização;
- c) redução das perturbações relativas à ausência dos funcionários,

decorrente da movimentação de pessoal (rotatividade) e dos períodos de férias, dentre outros.

Ainda com o foco nos benefícios diretos e intermediários, Guenther e Braun (2001) discutem os benefícios da Gestão do Conhecimento provenientes da utilização de *intranets*, como uma base para o compartilhamento do conhecimento.

No âmbito da administração pública, especialmente no tocante à busca de um serviço público mais competente e efetivo, são citados alguns exemplos de efeitos intermediários e finais que podem ser obtidos com a implantação de atividades de Gestão do Conhecimento, tais como: melhores produtos e serviços, maior efetividade interna, custos mais baixos, melhores relações com os funcionários, aumento de valor para os clientes, aumento de valor para os *stakeholders*, maior alcance dos objetivos e aumento da viabilidade do empreendimento (WIIG, 2000).

A cadeia de efeitos ou benefícios de atividades de Gestão do Conhecimento proposta por Wiig (1999; 2004), bem como as classes de benefícios apontadas por Skyrme (2004), fornecem, assim, um embasamento para as possíveis investigações acerca dos impactos gerados por atividades relacionadas à GC, em suas mais diversas modalidades, a exemplo do *balanced scorecard*, utilizado como modelo para mensuração dos impactos da GC em um estudo de caso realizado na *UK's Financial Services Authority* (ROS, 2003).

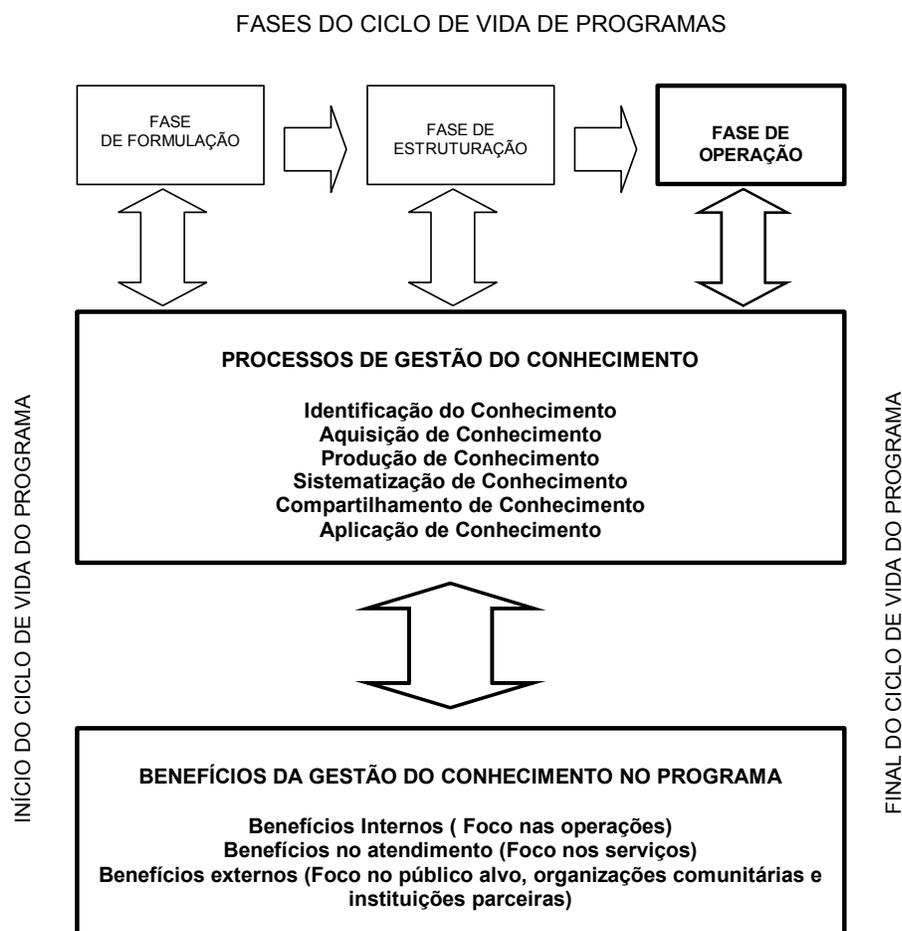
Sob esta ótica, a classificação de benefícios da GC apresenta-se como uma possibilidade para a identificação dos diferentes tipos de benefícios gerados por atividades relacionadas aos processos de identificação, captura, criação, organização e armazenagem, compartilhamento e aplicação do conhecimento, em organizações públicas ou privadas.

2.4 MODELO CONCEITUAL DA PESQUISA

Com base nos conceitos abordados na fundamentação teórico-empírica, elaborou-se o modelo conceitual que servirá de referência para a realização da pesquisa de campo, representado na Figura 8. A aplicação dos conceitos contidos

neste modelo será explicitada com maior profundidade no tópico a seguir, que trata da metodologia da pesquisa.

Figura 8 - MODELO CONCEITUAL DA PESQUISA DE CAMPO



FONTE: Elaborado pela autora

3 METODOLOGIA DA PESQUISA

Com base na fundamentação teórico-empírica explicitada no tópico anterior, e com vistas a responder os objetivos geral e específico, estruturou-se a metodologia de pesquisa, conforme se segue.

3.1 ESPECIFICAÇÃO DO PROBLEMA

Esta pesquisa foi delineada a partir do seguinte problema:

Os processos não formalizados de Gestão do Conhecimento praticados de nas diferentes fases do ciclo de vida do Programa Mãe Curitibana, na Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, no período de 1998 a 2004, vêm contribuindo para a geração de benefícios no âmbito deste programa?

3.1.1 Perguntas de Pesquisa

- Como ocorreram as diferentes fases do ciclo de vida do Programa Mãe Curitibana, na Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, no período de 1998 a 2004?
- Como ocorreram os processos não formalizados de gestão do conhecimento nas diferentes fases do ciclo de vida do Programa Mãe Curitibana, na Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, no período de 1998 a 2004?
- Os processos não formalizados de gestão do conhecimento praticados nas diferentes fases do ciclo de vida Programa Mãe Curitibana, na Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, no período de 1998 a 2004, vêm contribuindo para a geração de benefícios no âmbito deste programa?

Cabe ressaltar neste ponto do trabalho que dadas as peculiaridades da organização em estudo e algumas limitações surgidas no decorrer da coleta de dados, típicas de pesquisas qualitativas, fez-se necessário o redimensionamento do terceiro objetivo específico, focalizando a investigação sobre os benefícios dos processos não formalizados de GC, especificamente sobre a fase de operação do programa em estudo, e não mais sobre todas as fases do ciclo.

Tal ajuste repercutiu diretamente no objetivo geral e, conseqüentemente, no problema de pesquisa e na terceira pergunta de pesquisa. Contudo, acredita-se que favoreceu o estudo sobre a questão proposta no referido objetivo.

3.1.1.1 Definições constitutiva e operacional das categorias analíticas

D.C.: **Fases do ciclo de vida de projetos:** estados sucessivos que constituem o processo de transformação de uma idéia com vistas à resolução de um problema até a implantação da solução para tal problema. No ciclo de projetos podem se distinguir três fases sucessivas: pré-investimento, investimento, e operação (CEPAL/ILPES, 2003).

D.O.: foram identificadas as etapas/atividades que compõem as diferentes fases do ciclo de vida do Programa Mãe Curitibana, conforme Quadro 2, de acordo com a seguinte denominação: fase de formulação, fase de estruturação e fase de operação.

Quadro 2 - FASES E ETAPAS/ATIVIDADES DO CICLO DE VIDA DE PROJETOS

FASES	ETAPAS/ATIVIDADES
Formulação	<ul style="list-style-type: none"> • surgimento da idéia do projeto (diagnóstico preliminar, demandas da população etc.); • identificação do problema ou necessidade que se pretendia resolver, do conjunto de possíveis beneficiários, da localização (abrangência) geográfica e dos objetivos a serem alcançados; • formulação, preparação e escolha da alternativa de solução; • avaliação ex-ante com vistas a identificar a conveniência da alternativa escolhida.
Estruturação	<ul style="list-style-type: none"> • planejamento e programação detalhada das atividades a serem executadas (desenho); • implementação das atividades programadas (estruturação do programa); • controle ou monitoramento das atividades de execução do projeto.
Operação	<ul style="list-style-type: none"> • início do funcionamento; • operação plena do projeto; • acompanhamento da operação e avaliação <i>ex-post</i> do projeto.

FONTE: Elaborado pela autora com base em CEPAL/ILPES (2003)

D.C.: **Processos de gestão do conhecimento:** processos de identificação, captura, criação, organização e armazenagem, disseminação e aplicação do conhecimento (STOLLENWERK, 2002).

D.O.: foram identificadas as práticas especificadas no quadro 3, relativas a cada um dos processos de gestão do conhecimento, os quais serão denominados de processos de identificação, aquisição, produção, sistematização, compartilhamento e aplicação do conhecimento, conforme se segue.

Quadro 3 - PROCESSOS E PRÁTICAS DE GESTÃO DO CONHECIMENTO

PROCESSOS	PRÁTICAS
Identificação do conhecimento	<ul style="list-style-type: none"> • Identificação das competências críticas e das áreas de conhecimento relevantes para o desenvolvimento do programa (de acordo com os objetivos estratégicos); • Identificação das lacunas entre as competências existentes e as necessárias; • Identificação das fontes internas e externas associadas às competências críticas (áreas de conhecimento).
Aquisição de conhecimento	<ul style="list-style-type: none"> • Aquisição de conhecimentos em fontes internas e externas, com foco no desenvolvimento ou manutenção das competências críticas para o desenvolvimento do programa (lacunas de competências).
Produção de conhecimento	<ul style="list-style-type: none"> • Criação, produção ou desenvolvimento de novos conhecimentos, no âmbito do programa, por meio de estudos, análises e elaboração de propostas.
Sistematização de conhecimento	<ul style="list-style-type: none"> • Registro de conhecimentos, habilidades e experiências relevantes para o programa, em material impresso ou em meio eletrônico, com vistas a favorecer sua disseminação junto aos profissionais que atuam na sua operacionalização.
Compartilhamento de conhecimento	<ul style="list-style-type: none"> • Acesso a conhecimentos, habilidades e experiências relevantes para a operacionalização do programa, por intermédio de material impresso e/ou meio eletrônico; bem como, mediante troca direta entre profissionais que atuam no programa, nos níveis central, distrital e local.
Aplicação de conhecimento	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicação dos conhecimentos disponíveis em situações práticas, com vistas a gerar benefícios no âmbito do programa.

FONTE: Elaborado pela autora com base em Stollenwerk (2002), Probst, Raub, e Romhardt (2002), Davenport e Prusak (1998a, 1998b) e Peluffo A. e Catalan Contreras (2002)

D.C.: Benefícios da Gestão do Conhecimento: benefícios intermediários das atividades de gestão do conhecimento, que compreendem: benefícios ou efeitos internos (foco nas operações), o aperfeiçoamento de produtos e serviços (foco nos produtos e serviços) e benefícios ou reações externas (foco no cliente e mercado) (WIIG, 1996).

D.O.: foram investigados os benefícios intermediários dos processos de Gestão do Conhecimento praticados no Programa Mãe Curitibana, conforme Quadro 4.

Quadro 4 - BENEFÍCIOS INTERMEDIÁRIOS DOS PROCESSOS DE GESTÃO DO CONHECIMENTO

BENEFÍCIOS/ FOCO	ITENS DE ANÁLISE
Benefícios e Efeitos Internos (Foco nas operações)	<ul style="list-style-type: none"> • Melhoria no desempenho dos profissionais que atuam na operacionalização do programa; • Melhoria nos fluxos e processos de trabalho do programa • Melhoria no processo de tomada de decisão e de implementação de ações
Benefícios no atendimento (Foco nos Serviços)	<ul style="list-style-type: none"> • Melhoria na adequação dos serviços às necessidades do público alvo • Aumento da agilidade na prestação dos serviços • Melhoria da qualidade na prestação dos serviços
Benefícios e Reações Externos (Foco no público alvo, organizações comunitárias e instituições parceiras)	<ul style="list-style-type: none"> • Ampliação na adesão do público alvo ao programa (acesso e permanência) • Aumento da satisfação do público alvo com os serviços prestados • Reconhecimento do programa pelas instituições parceiras e organizações comunitárias

FONTE: Elaborado pela autora com base em WIIG (1999,2004)

3.1.1.2 Definição constitutiva de outros termos considerados importantes no contexto desta pesquisa

Atenção pré-natal: monitoração da evolução da gravidez, visando a identificação de fatores de risco, o diagnóstico de complicações e a promoção de medidas educativas e preventivas à gestante (ROUQUAYROL, 1999).

Capital Intelectual: O capital intelectual é o conhecimento existente em uma organização que pode ser usado para criar uma vantagem diferencial. Em outras palavras, a soma de tudo que todos conhecem em uma empresa e que confere à empresa sua vantagem competitiva (STEWART, 1998).

Coeficiente de mortalidade infantil: obtido da divisão do número de óbitos de crianças menores de 1 ano, em certa área e em determinado ano, pelos nascidos vivos, na área e ano considerado, multiplicando-se por 1.000 o valor encontrado (LAURENTI et al., 1985).

Coefficiente de mortalidade materna: relaciona os óbitos por complicações da gravidez, parto e puerpério (mortes maternas obstétricas) com o número de nascidos vivos, e deve ser expresso por 100.000 vivos. As mortes maternas não-obstétricas não são incluídas no cálculo deste coeficiente (Ministério da Saúde, 1994).

Processos/práticas não formalizadas de GC: denominação utilizada, para efeitos deste trabalho, para definir atividades desenvolvidas no âmbito do programa em estudo, de maneira semelhante aos processos/práticas de Gestão do Conhecimento utilizados como referência para a pesquisa, independentemente de uma iniciativa formal de GC.

Protocolos: publicações do Programa Mãe Curitibana que contêm objetivos, fluxos e processos de trabalho do programa, bem como condutas padronizadas para a realização do atendimento ao público alvo.

Saúde Pública: é a ciência e a arte de evitar doenças, prolongar a vida e desenvolver a saúde física, mental e a eficiência, através de esforços organizados da comunidade, para o saneamento do meio ambiente, o controle de infecções na comunidade, a organização de serviços médicos e paramédicos para diagnóstico precoce e preventivo de doenças, e o aperfeiçoamento da máquina social que irá assegurar a cada indivíduo, dentro da comunidade, um padrão de vida adequado à manutenção da saúde (ROUQUAYROL, 1993).

3.2 DELIMITAÇÃO DA PESQUISA

3.2.1 Delineamento da Pesquisa

Na presente pesquisa, optou-se pela metodologia qualitativa que, segundo Trivinos (1987), tem o ambiente natural como fonte direta dos dados e o pesquisador como instrumento-chave, mantém o pesquisador preocupado com o processo e não simplesmente com os resultados e o produto, a análise dos dados tende a ser indutiva e tem como preocupação essencial o significado dos dados.

Esta pesquisa caracteriza-se, ainda, como descritiva, considerando-se que se buscou, segundo Rudio (2002), conhecer e interpretar a realidade, sem nela

interferir para modificá-la, com o interesse de descobrir e observar fenômenos, procurando descrevê-los, classificá-los e interpretá-los.

A estratégia adotada para a realização da pesquisa foi o estudo de caso que, para Yin (2001, p. 32), “é um estudo empírico que investiga um fenômeno atual dentro do seu contexto de realidade, quando as fronteiras entre o fenômeno e o contexto não são claramente definidas e no qual são utilizadas várias fontes de evidência”; e que para Vergara (2000), está circunscrito a uma ou poucas unidades, entendidas essas como uma pessoa, uma empresa, um órgão público, uma comunidade ou mesmo um país e tem caráter de profundidade e detalhamento.

O nível de análise foi o organizacional e a unidade de análise, o grupo de profissionais que atuam no Programam Mãe Curitibana, nos níveis central/distrital (coordenação do programa) e local (Unidades de Saúde).

A pesquisa apresenta, ainda, um caráter longitudinal, abrangendo o período de 1998 a 2004.

3.2.2 População e Amostra

O universo da pesquisa é a equipe de profissionais que atuam no Programa Mãe Curitibana, na Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, na coordenação do programa, nos níveis central e distrital (distritos sanitários), e, no nível local, que abrange as 94 (noventa e quatro) Unidades de Saúde do município de Curitiba (ANEXO I) onde o programa é desenvolvido.

No âmbito da coordenação do programa, foram entrevistados 06, do total de 11 (onze) profissionais que atuam na coordenação, nos níveis central e distrital, e, no nível local, foram entrevistados 32 (trinta e dois) profissionais que trabalham em 08, das 92 (noventa e duas) Unidades de Saúde que desenvolvem o Programa Mãe Curitibana, perfazendo um total de 38 (trinta e oito) profissionais entrevistados.

A amostra caracteriza-se como não probabilística por julgamento, tendo sido selecionados pela pesquisadora os participantes da população mais propensos a fornecer informações precisas (MALHOTRA, 2001).

No que se refere ao nível local, optou-se por selecionar 01 Unidade de

Saúde por Distrito Sanitário e 04 profissionais por US. Esta amostra foi definida em conjunto com a coordenação do Programa Mãe Curitibana, levando em conta os seguintes critérios:

- a) localização geográfica da Unidade de Saúde (sendo 01 por Distrito Sanitário);
- b) Unidades de Saúde atuantes no programa desde o início de seu funcionamento;
- c) Profissionais das respectivas USs, com maior tempo de atuação no programa, sendo 01 auxiliar de enfermagem, 01 enfermeiro, 01 médico e 01 autoridade sanitária;
- d) disponibilidade dos profissionais em participar da entrevista.

A seleção da amostra de coordenadores também levou em conta o tempo de atuação no programa, bem como a disponibilidade de participar da entrevista, tendo sido escolhidos 02 profissionais atuantes na coordenação no nível central e 04 coordenadores do nível distrital.

No que se refere ao perfil dos entrevistados, mais de 53% atua no programa desde o início de seu funcionamento. No que tange ao grupo de idade, o grupo de entrevistados divide-se entre 50% na faixa de 21 a 40 anos e 50% com mais de 40 anos; 81,6% são do sexo feminino; também 81,6% possuem nível superior, dos quais 68,4% com pós-graduação. Ainda no que se refere ao perfil, 42,1% são graduados em enfermagem, 26,3% em medicina e 10,5% em odontologia.

3.2.3 Tipos e Coleta de Dados

Segundo Gil (2002, p. 141),

em termos de coleta de dados, o estudo de caso é o mais completo de todos os delineamentos, pois vale-se tanto de *dados de gente* quanto de *dados de papel*. Com efeito, nos estudos de caso, os dados podem ser obtidos mediante análise de documentos, entrevistas, depoimentos pessoais, observação espontânea, observação participante e análise de artefatos físicos.

Nesta linha, Yin (2001) afirma que a coleta de dados para os estudos de caso pode se basear em muitas fontes de evidências, tais como: documentação, registros de arquivos, entrevistas, observação direta, observação participante e artefatos físicos. Nesta pesquisa, a coleta de dados baseou-se em:

- a) documentação: publicações produzidas no âmbito do programa (protocolos, livros, revistas, boletins, jornais), relatórios de atividades, dentre outros;
- b) registros em arquivos: informações sobre as Unidades de Saúde e profissionais da SMS, dados sobre treinamentos realizados no âmbito do programa (Centro de Estudos em Saúde), indicadores de resultados do programa (Centro de Epidemiologia), dentre outros;
- c) entrevistas: espontâneas e semi-estruturadas;
- d) observação direta: coleta informal de dados durante as visitas de campo para levantamento de dados secundários e primários.

A pesquisa de campo foi realizada em duas fases distintas. No período de outubro de 2003 a junho de 2004 procedeu-se o levantamento de documentação/registros, e realização de entrevistas informais com profissionais que atuaram e/ou continuam atuando, direta ou indiretamente, na coordenação do programa, com vistas a levantar informações a respeito das fases do ciclo de vida do programa (formulação, estruturação e operação) e do modo como os processos de GC ocorreram ao longo destas fases.

Com o intuito de possibilitar o levantamento de informações mais aprofundadas acerca dos processos de GC, bem como de suas contribuições para a geração de benefícios intermediários, a partir dos dados levantados nesta primeira fase da pesquisa, elaborou-se um formulário contendo 10 (dez) afirmativas relacionadas aos processos de GC e 9 (nove) afirmativas referentes às possíveis contribuições destes processos para a geração de benefícios no âmbito do programa (ANEXOS V e VI), com 5 opções de resposta em escala Likert (MALHOTRA, 2001), o qual foi validado por meio de teste realizado em 03 USs (01 US por DS), num total de 15 entrevistas.

Com base no referido formulário de pesquisa procedeu-se, então, no

período de 30 de abril a 21 de maio de 2004, à coleta dos dados primários sobre os processos de GC e suas possíveis contribuições para a geração de benefícios no Programa Mãe Curitibana, por meio de entrevistas semi-estruturadas, gravadas, junto aos profissionais que atuam nas Unidades de Saúde (nível local), e no âmbito da coordenação do programa (níveis central/distrital). A partir do nível de concordância/discordância obtido para cada uma das afirmativas foram solicitadas, ainda, aos entrevistados informações a respeito do modo e frequência com que vêm sendo praticadas; bem como suas impressões a respeito.

A coleta de dados primários e secundários foi precedida de solicitação formal junto à Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, mediante preenchimento de formulário específico, por meio do qual foi obtida autorização para o início da pesquisa. Ainda, por solicitação da SMS, o projeto de pesquisa foi submetido ao parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade, cumprindo ao disposto na Resolução 196/96 do Conselho Nacional da Saúde, relativo à ética em pesquisas envolvendo seres humanos.

Ainda, por solicitação da SMS, o projeto de pesquisa foi submetido ao parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da PUCPR, cumprindo ao disposto na Resolução 196/96 do Conselho Nacional da Saúde, relativo à ética em pesquisas envolvendo seres humanos (ANEXO IV).

3.2.4 Análise dos Dados

De acordo com Gil (1999), a análise tem como objetivo organizar e sumarizar os dados de forma tal que possibilitem o fornecimento de respostas ao problema proposto na investigação. Já a interpretação tem como objetivo a procura do sentido mais amplo das respostas, o que é feito mediante sua ligação a outros conhecimentos anteriormente obtidos. Ainda para GIL (2002, p.141), “como o estudo de caso se vale de procedimentos de coleta de dados os mais variados, o processo de análise e interpretação pode, naturalmente, envolver diferentes modelos de análise. Todavia, é natural admitir que a análise dos dados seja de natureza predominantemente qualitativa”.

Os dados secundários levantados foram analisados com base na técnica de análise documental, buscando-se descobrir elementos relevantes para a análise dos dados primários.

Ainda, para facilitar a tabulação e favorecer a análise dos dados primários, foi utilizado o software *SPHINX*, que se constitui em um sistema para estudos qualitativos e quantitativos (FREITAS, 2002). Com base neste recurso foram tabuladas as questões fechadas do formulário de entrevista e sistematizados os comentários dos entrevistados.

A análise dos dados provenientes das entrevistas semi-estruturadas foi realizada com base na técnica de análise de conteúdo que, para Bardin (1977), é uma técnica de investigação através de uma descrição, sistemática e qualitativa ou quantitativa, do conteúdo manifesto das comunicações, tendo por finalidade interpretar as comunicações obtidas na coleta de dados.

3.2.5 Limitações do estudo

Como esta pesquisa reflete a situação específica do programa em estudo, não é possível generalizar os seus resultados.

No que se refere à coleta de dados, surgiram, também, limitações relativas à memória organizacional, no sentido de possibilitar o resgate de informações referentes às diferentes fases do ciclo de vida do programa, aos processos de Gestão do Conhecimento e aos benefícios da GC no programa.

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Os resultados deste estudo de caso serão apresentados e analisados em três tópicos, associados aos objetivos específicos desta pesquisa. Assim, no primeiro tópico será descrito o modo como ocorreram as diferentes fases do ciclo de vida do Programa Mãe Curitibana, seguido da caracterização dos processos de gestão do conhecimento nas referidas fases. Por fim, serão apresentados e analisados os dados levantados acerca das contribuições dos processos de GC para a geração de benefícios para o programa em estudo, em sua fase de operação.

4.1 AS FASES DO CICLO DE VIDA DO PROGRAMA MÃE CURITIBANA

4.1.1 Caracterização do Ambiente da Pesquisa

A Secretaria Municipal da Saúde (SMS) tem como missão

planejar e executar a política de saúde municipal, responsabilizando-se pela gestão e regulação dos serviços próprios e conveniados, monitorando doenças e agravos e realizando a vigilância sanitária sobre produtos e serviços de interesse da saúde, visando a uma população mais saudável (CURITIBA, 2003).

Em gestão plena desde março de 1998, a SMS exerce dois papéis fundamentais. Um é a gestão do Sistema Único de Saúde no município, responsabilizando-se pelo recebimento e distribuição dos recursos destinados ao pagamento dos serviços conveniados ao sistema. Decorre desta função o desenvolvimento de setores organizacionais, tais como o Controle, Avaliação e Auditoria, com o correspondente parque informatizado de dados. O outro papel, mais tradicional e, portanto, de maior domínio para o âmbito municipal, refere-se à gerência e prestação direta de serviços de saúde à população, incluindo-se funções

indelegáveis de Estado, quais sejam, a Vigilância Sanitária e a Vigilância Epidemiológica (DUCCI *et al.*, 2001).

A Secretaria Municipal da Saúde desenvolve suas ações de maneira descentralizada por intermédio de 08 (oito) Distritos Sanitários, compostos por Unidades de Saúde, localizadas em sua abrangência geográfica. Em 1992, foram selecionadas e instauradas as Gerências Regionais de Saúde, bem como foram instituídas as Autoridades Sanitárias Locais, que além de uma chefia única para as Unidades de Saúde, representam o poder público no campo da saúde, com responsabilidade sobre todo um território.

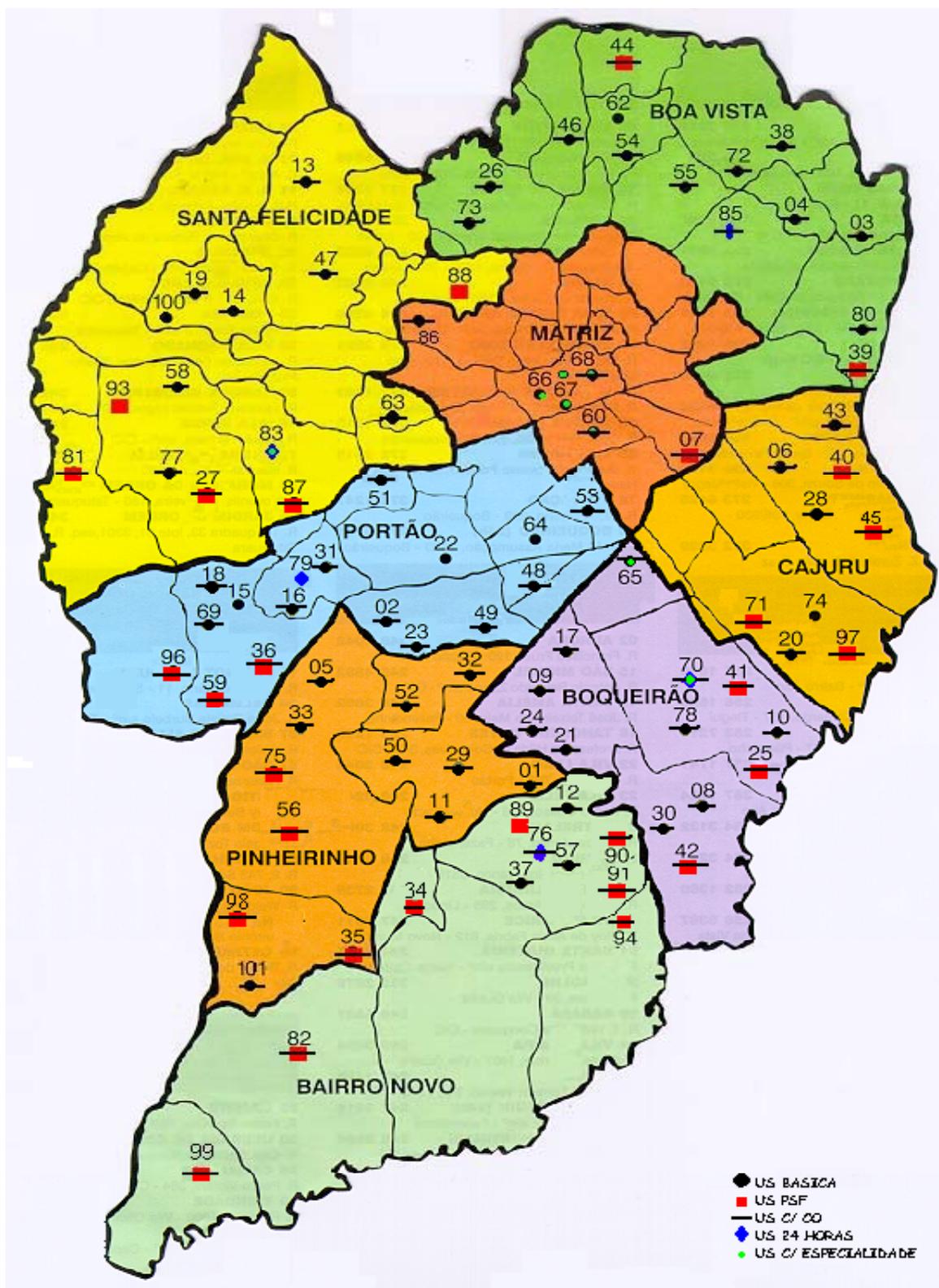
Atualmente, o conjunto de serviços próprios do município compõe-se de 105 US, das quais, 05 são 24 horas, 90 possuem clínicas odontológicas, 37 trabalham com o Programa Saúde da Família (PSF), 11 incluem especialidades médicas ou odontológicas (ver MAPA 1). Conta, ainda, com o Centro de Orientação e Aconselhamento para DST/AIDS e um Hospital Geral e Maternidade, com 60 leitos, que funciona em convênio com o Hospital Evangélico de Curitiba (DUCCI *et al.*, 2001).

Importante ressaltar, ainda, a participação popular na definição das políticas de saúde no município de Curitiba, por meio dos Conselhos Municipal e Locais de Saúde, das Conferências Municipais de Saúde e da elaboração dos Planos Municipais de Saúde.

4.1.2 Programa Mãe Curitibana

O Programa Mãe Curitibana, lançado oficialmente pela Prefeitura Municipal de Curitiba/Secretaria Municipal de Saúde (SMS) em março de 1999, é um programa de saúde materno-infantil por intermédio do qual são desenvolvidas ações relacionadas ao planejamento familiar, pré-natal, parto e puerpério, e saúde infantil. Este programa tem como premissas básicas: maior segurança e qualidade no atendimento, vinculação das gestantes aos serviços de saúde e humanização do atendimento (CURITIBA, 1999a).

Mapa 1 - UNIDADES DE SAÚDE, POR TIPO SEGUNDO O DISTRITO SANITÁRIO - 2004



FONTE: IPPUC/ Setor de Geoprocessamento

Os princípios norteadores do Programa são a responsabilização da equipe de saúde pela saúde do binômio mãe-filho e a responsabilização de um Serviço Hospitalar de Referência pelo atendimento hospitalar integral à gestante. Destacam-se entre suas principais metas: redução das mortes maternas e infantis; melhoria na atenção pré-natal; melhoria no acesso ao parto seguro no hospital e redução da transmissão vertical do HIV, toxoplasmose e sífilis (CURITIBA, 1999a).

Atualmente, o Programa é desenvolvido nas 92 Unidades de Saúde do município que compõem a rede básica (42 com Programa de Saúde da Família), atendendo a população das respectivas áreas de abrangência. De acordo com o Centro de Epidemiologia da SMS, os impactos do Programa podem ser mensurados por alguns indicadores:

- a) redução do coeficiente de mortalidade infantil (por mil nascidos vivos) de 14,73 (1999) para 12,33 (2003);
- b) redução do coeficiente de mortalidade materna (por 100 mil nascidos vivos) de 56,27, no período de jan. de 1995 ao 2º semestre de 1999, para 38,49, no período relativo ao 2º semestre de 1999 a dez. de 2003;
- c) taxa de transmissão vertical do HIV de 5,3, referente ao período de 1999 a 2003 (de acordo com parâmetros internacionais, sem nenhuma intervenção, a taxa gira em torno de 20% a 30% das gestações de gestantes HIV+);
- d) redução dos casos de sífilis congênita, de 80 (1999) para 37 (2003), representados pelos coeficientes de incidência de 2,71 para 1,58 respectivamente.
- e) incremento na cobertura do pré-natal em Curitiba, de 30% (1999), para 97% (2003).

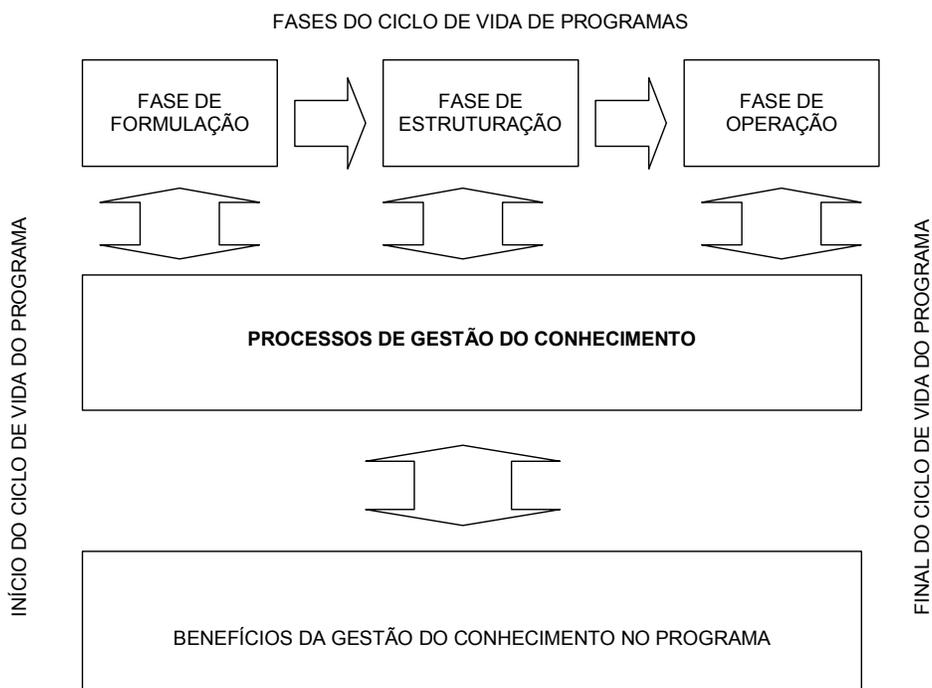
Além destes indicadores, o Conselho Municipal de Saúde, através da Comissão de Saúde da Mulher, com o apoio da Universidade Federal do Paraná e técnicos da SMS, realizou, em 2000, uma pesquisa junto às puérperas acompanhadas pelo programa, com o objetivo de avaliar a qualidade da atenção oferecida, obtendo um índice de satisfação de 92%, incluindo questões relativas ao atendimento no Pré-natal, Parto e Puerpério.

4.1.3 Fases do Ciclo de Vida do Programa

A descrição das fases do ciclo de vida do Programa Mãe Curitibana foi realizada com base na coleta de dados primários e secundários, fundamentando-se nos conceitos explicitados no QUADRO 2 – FASES E ETAPAS/ATIVIDADES DO CICLO DE VIDA DE PROJETOS, apresentado na página 63 da Metodologia da Pesquisa.

Na figura 9, a seguir, o foco deste capítulo apresenta-se em destaque no Modelo Conceitual da presente pesquisa, apresentado na Fundamentação Teórico-Empírica, na página 60.

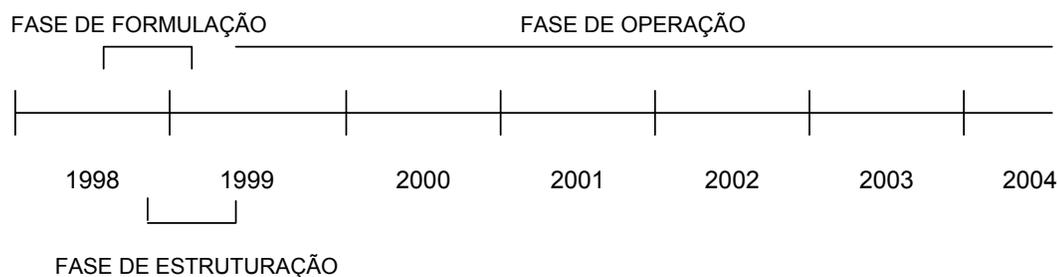
Figura 9 - MODELO CONCEITUAL DA PESQUISA (ÊNFASE ÀS FASES DO CICLO DE VIDA DO PROGRAMA)



FONTE: elaborado pela autora

Como todo projeto social, o Programa Mãe Curitibana possui um ciclo de vida, no decorrer do qual foram desenvolvidas atividades relacionadas às fases de formulação, estruturação e operação do Programa. Na seqüência, estas atividades serão descritas, conforme as fases. O ciclo de vida do Programa Mãe Curitibana (figura 10) iniciou-se em 1998, estendendo-se até o presente.

Figura 10 - FASES DO CICLO DE VIDA DO PROGRAMA MÃE CURITIBANA



FONTE: SMS/Programa Mãe Curitibana

a) Fase de Formulação

A fase de formulação do Programa Mãe Curitibana aconteceu no período de setembro a dezembro de 1998. Estudos, pesquisas e experiência acumulada desde a década de 80 em programas de atenção integral à saúde da gestante (nos moldes do antigo Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher - PAISM), nas Unidades de Saúde da SMS, em parceria com as Sociedades Científicas, Universidades, Conselhos Municipal e Locais de Saúde e Comitês de Mortalidade Materna, forneceram subsídios para a concepção do Programa.

Cabe ressaltar que a questão da Saúde Materno-Infantil vem sendo apontada como prioridade desde a 1ª Conferência Municipal de Saúde, realizada em setembro de 1991, em Curitiba, sendo alvo de estudos e proposições nos Conselhos Locais de Saúde e no Conselho Municipal de Saúde, e constando nos Planos Municipais de Saúde.

Em 1995, profissionais da SMS, em parceria com universidades, produziram uma avaliação da qualidade do pré-natal, parto e puerpério em Curitiba, tendo como

objetivos conhecer as condições de acesso e adequação dos serviços de pré-natal, atendimento ao parto e puerpério e conhecer o grau de satisfação e percepção das mulheres quanto ao atendimento no pré-natal, parto e puerpério. Também produziram uma avaliação estrutural das Maternidades de Curitiba, tendo como objetivo conhecer as condições estruturais dos serviços de atendimento ao parto no município, visando detectar e embasar o encaminhamento de soluções (CURITIBA, 1996b).

Os resultados destas avaliações foi relatado no documento *Valorizando a Dignidade Materna*, produzido pela SMS, no qual foram abordados, ainda, temas como: investigações sobre a morbimortalidade materna e municipalização dos serviços de saúde. Consta deste documento, também, recomendações, visando intervir na qualidade da assistência, promovendo uma integralização e humanização no atendimento da população materno-infantil (CURITIBA, 1996b).

Ainda em 1995, o diagnóstico da situação da saúde da população de Curitiba aponta a atenção materno-infantil e especificamente o período do pré-natal, parto e puerpério como prioridade, dentre outros temas relevantes do Plano Municipal de Saúde. Nesta época inúmeras estratégias vinham sendo desenvolvidas, algumas voltadas especificamente ao aperfeiçoamento dos processos de trabalho e todas na direção de melhores resultados e maior qualidade. Dentro deste contexto, uma equipe de profissionais da SMS elaborou o *Manual de Atendimento à Gestante de Baixo Risco*, com vistas a contribuir com as equipes envolvidas com estes objetivos (CURITIBA, 1996a).

Em 1997, a peregrinação das gestantes pela cidade em busca de um local para realização do parto apresenta-se como um fator de grande insatisfação da população. Frente a esta realidade, inicia-se, no distrito sanitário do Portão, uma experiência de vinculação das gestantes de um determinado grupo de Unidades de Saúde a uma maternidade de referência, numa parceria informal com o Hospital do Trabalhador. Esta experiência incluía visitas prévias das gestantes às maternidades, para conhecimento das rotinas do hospital, além de participação em oficinas de musicoterapia. Depois do parto, o hospital comunicava a alta à US para que houvesse um acompanhamento à mãe e ao bebê.

Considerando-se que 99% dos partos acontecem em hospitais, a equipe de

profissionais deste distrito concluía que esta situação era decorrente de problemas de organização. Ao longo desta experiência, que transcorreu em 1997 e 1998, as equipes das USs (autoridades sanitárias e técnicos) e do Hospital (direção e médicos) reuniam-se, periodicamente, para discutir fluxos, documentação e questões técnicas.

Simultaneamente a estas iniciativas, ainda em 1997, cria-se uma comissão na SMS, composta por representantes dos departamentos da SMS (diretores) e dos distritos sanitários (gerentes), a qual tem por finalidade elaborar uma proposta para a melhoria da atenção materno-infantil, em âmbito municipal. Ao longo de 1997 e 1998, esta comissão, com base na experiência acumulada nas unidades de saúde e em indicadores disponíveis sobre a situação da saúde materno-infantil, da qualidade dos serviços prestados e do nível de satisfação da população, realiza diversos estudos, produzindo uma versão preliminar de um novo programa de atenção materno-infantil para o município.

Nesta época, foram identificados vários problemas em relação à atenção à gestante, destacando-se, dentre eles, a baixa cobertura do pré-natal realizado na rede municipal, em torno de 30%, sendo o restante realizado pela rede credenciada. Ainda que 70% das gestantes fizessem mais de 6 (seis) consultas, havia um início tardio na captação do pré-natal. A existência de vários protocolos de pré-natal nas redes municipal e credenciada dificultava o monitoramento e avaliação dos serviços prestados (JIMENEZ et al., 2001).

Do ponto de vista epidemiológico, doenças como a toxoplasmose, a sífilis e a infecção pelo HIV apresentavam-se relevantes em gestantes e recém-nascidos. Além disso, a desorganização dos fluxos de assistência hospitalar à gestante tornava evidente a diversidade de obstáculos no acesso ao parto, retratados pela falta de vagas, independente da complexidade dos casos, e a prática ilegal de cobrança de usuárias do SUS, como garantia de atendimento. Estimava-se que, anualmente, em torno de mil gestantes (4%), em trabalho de parto, peregrinavam nos diversos serviços, até serem admitidas para realização de seu parto (JIMENEZ et al., 2001).

Esta peregrinação convergia para os grandes hospitais, resultando no uso indevido de leitos de alta complexidade por gestantes de baixo risco, prejudicando o

atendimento de alto risco. Por outro lado, a ausência de estímulo quanto à importância do acompanhamento na fase puerperal para a saúde da mulher refletia-se na frequência reduzida às consultas neste período, comprometendo o reconhecimento do risco reprodutivo e a captação precoce para o planejamento familiar (JIMENEZ *et al.*, 2001).

Estes problemas foram pautados em várias reuniões do Conselho Municipal de Saúde, onde deliberou-se por uma nova conformação da assistência materno-infantil (JIMENEZ *et al.*, 2001) no âmbito municipal, mediante a criação de um novo programa direcionado à saúde materno-infantil. Com base nos estudos e propostas produzidos pela comissão de trabalho criada desde 1997, formula-se, então, a idéia do Programa Mãe Curitibana.

Este programa, em sua concepção, tem como objetivos oferecer à gestante residente em Curitiba e ao recém-nato atenção, pré, peri e pós-neonatal, reduzindo o número de óbitos por complicações maternas e neonatais por causas evitáveis, estabelecendo facilidade de acesso ao pré-natal, fluxo adequado para acesso à maternidade e garantia de qualidade do atendimento à mulher e ao recém nascido por meio da assistência por profissionais a serviços capacitados (CURITIBA, 1999a).

Com isto, espera-se alcançar os seguintes resultados com o Programa: melhoria da qualidade do pré-natal, parto e puerpério (garantir adesão ao pré-natal, parto e puerpério, e planejamento familiar), melhoria do acesso ao parto com a complexidade e a qualidade necessárias (reduzir a peregrinação das mães), maior satisfação das usuárias do SUS no atendimento à saúde reprodutiva, redução da mortalidade materna, redução da mortalidade infantil, redução da AIDS por transmissão vertical, redução da toxoplasmose e redução da sífilis congênita (CURITIBA, 1999a).

b) Fase de estruturação

Posteriormente à formulação do Programa, no período de dezembro de 1998 a fevereiro de 1999, procedeu-se ao planejamento e à programação detalhada das atividades a serem executadas, bem como a implementação, o controle e o monitoramento destas atividades, com vistas a preparar a instituição para a

implantação do programa.

Nesta fase, a Secretaria Municipal de Saúde, em parceria com as Sociedades Científicas (Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria, Urologia e Infectologia) e os Departamentos dos Hospitais Universitários, elaborou o Protocolo de atenção ao pré-natal, parto, puerpério e assistência ao recém-nascido, no qual foram descritos os procedimentos técnicos do Programa Mãe Curitiba (CURITIBA, 1999b).

A SMS elaborou, ainda, a “Instrução Normativa para Operacionalização do Programa Mãe Curitibana”, na qual foram detalhadas as instruções (atribuições/competências) para os diferentes atores envolvidos na operacionalização do programa, Unidades de Saúde, Central de Marcação de Consultas Especializadas, Prenatalistas credenciados vinculados ao SUS/Curitiba, Maternidades Parceiras da SMS e Serviços de Referência para a gestação de alto risco (CURITIBA, 1999c).

Com base no previsto no protocolo e na normativa do programa realizou-se, então, a previsão de recursos financeiros (orçamento anual da SMS) e o detalhamento de recursos materiais necessários para a implantação do programa (incremento de medicamentos, insumos para os hospitais, exemplares do protocolo do programa, pasta e material informativo para as gestantes, dentre outros). Procedeu-se, ainda, a reorganização do fluxo dos serviços, o redimensionamento do número de consultas e exames a serem realizados, a montagem de um sistema para monitoramento do programa, o estabelecimento dos convênios com as maternidades e a capacitação dos profissionais das Unidades de Saúde para início das atividades do programa.

c) Fase de operação

O Programa Mãe Curitibana foi lançado, oficialmente, no dia 8 de março de 1999, num evento da SMS comemorativo ao Dia Internacional da Mulher, iniciando seu funcionamento em maio de 1999, nas 92 (noventa e duas) Unidades de Saúde do Município que compõe a rede básica. As atividades realizadas na fase anterior, envolvendo os profissionais da SMS, Sociedades Científicas, Universidades, Maternidades e Conselho Municipal de Saúde, forneceram a sustentação para a

implantação do programa.

Desde o início de seu funcionamento, o Programa Mãe Curitibana conta com serviços municipais de referência, dentre os quais, a Unidade de Saúde da Mulher, responsável pela assistência ao pré-natal de risco e planejamento familiar para mulheres ou casais com risco reprodutivo, e a Unidade de Saúde da Criança, referência para as crianças filhas de mães HIV e toxoplasmose. Conta, ainda, com o Laboratório Municipal, que realiza os exames preconizados no pré-natal, além dos exames pré e pós-operatórios, previstos nas cirurgias irreversíveis, no Planejamento Familiar, e com maternidades de alta, média e baixa complexidade, vinculadas ao SUS, as quais dão cobertura ao programa (JIMENEZ, SIMÃO e SHIMAZAKI, 2003).

Fundamentado na Instrução Normativa para Operacionalização do Programa Mãe Curitibana (CURITIBA, 1999c) e no Protocolo de atenção ao pré-natal, parto, puerpério e assistência ao recém-nascido (CURITIBA, 1999b), elaborados na fase de sua estruturação, o programa inicia seu funcionamento, procedendo uma ordenação racional dos fluxos entre os serviços que atendem SUS no município de Curitiba. Nos anos de 2000 e 2004, são lançadas novas versões do Protocolo Mãe Curitibana - pré-natal, parto e puerpério e atenção ao recém-nascido. Em 2000, com o objetivo de implementar ações de pré-natal, relacionadas à redução da transmissão vertical pelo HIV, sífilis e toxoplasmose (CURITIBA, 2000a) e, em 2004, ações direcionadas à diminuição da morte materno-infantil por doenças existentes e pré-existentes, tais como, hipertensão arterial crônica ou infecção urinária (CURITIBA, 2004).

Com a implantação do programa, o atendimento às gestantes é regionalizado e hierarquizado, priorizando-se a identificação dos casos de risco gestacional e o encaminhamento imediato, de acordo com o grau de risco, aos Hospitais de Referência ou à Unidade de Saúde da Mulher. Cada US tem uma maternidade de referência, cujos critérios estabelecidos priorizam a distritalização, o acesso facilitado à gestante, levando-se em conta a distância, os meios de transporte e a atuação do médico pré-natalista no corpo clínico do hospital (JIMENEZ, SIMÃO e SHIMAZAKI, 2003).

No ato da inscrição no programa, a gestante é informada sobre a maternidade a qual está vinculada. Se a gestante desejar ter seu filho em outro

serviço, a mudança pode ser autorizada, após avaliação, pela chefia local, que entra em contato com a Central de Leitos. Da mesma forma, quando há detecção de risco gestacional, há mudança da vinculação hospitalar para serviço de maior complexidade (JIMENEZ, SIMÃO e SHIMAZAKI, 2003).

A porta de entrada obrigatória para a inscrição da gestante no programa é a Unidade de Saúde do município mais próxima de sua residência. As gestantes residentes na Região Metropolitana são encaminhadas para o pré-natal no município de origem (JIMENEZ, SIMÃO e SHIMAZAKI, 2003). Nos casos de gestação de alto risco, o município de origem, por meio da Central de Marcação de Consultas Especializadas, realiza agendamento do pré-natal em serviço credenciado, com vinculação para o parto.

Quando a gestante procura a Unidade de Saúde e tem sua gravidez confirmada, é automaticamente inscrita no programa, sendo realizados os seguintes procedimentos: a) abertura do prontuário de pré-natal; b) entrega de pasta da gestante, com preenchimento dos dados de identificação na carteira da gestante e orientação dos conteúdos educativos; c) vinculação da gestante à maternidade de referência da Unidade de Saúde; d) solicitação dos exames de rotina para o pré-natal; e, f) agendamento de consulta médica (JIMENEZ, SIMÃO e SHIMAZAKI, 2003).

Em todas as consultas, é realizada avaliação de risco gestacional. A gestante com risco detectado pode ser acompanhada na US, após reavaliação do risco, por um serviço especializado, ou transferida para uma referência de pré-natal de alto risco, conforme a necessidade. Recomenda-se que a gestante de alto risco acompanhe as atividades educativas desenvolvidas pela equipe de enfermagem e seja alvo de busca ativa para a consulta puerperal precoce e início de planejamento familiar (JIMENEZ, SIMÃO e SHIMAZAKI, 2003).

Durante o pré-natal, é realizado um conjunto de quatro oficinas para orientações educativas, individuais e coletivas, abordando temas relacionados aos problemas e cuidados durante a gravidez, parto, incentivo e preparação para o aleitamento materno, cuidados com o recém-nascido e a importância da puericultura (JIMENEZ, SIMÃO e SHIMAZAKI, 2003).

A Unidade de Saúde e a maternidade vinculada organizam o cronograma para a visita das gestantes ao serviço. A finalidade é promover um primeiro contato, quando as gestantes são orientadas sobre os cuidados com relação ao momento da internação e para que procurem a maternidade, caso apresentem alguma intercorrência (JIMENEZ, SIMÃO e SHIMAZAKI, 2003).

Na admissão, no momento do parto, a gestante deve portar a carteira contendo os dados do pré-natal, para que a mesma possa receber o atendimento adequado à sua situação. O parto deve ser realizado obrigatoriamente por médico ou enfermeiro obstetra, com a presença do pediatra ou neonatologista na sala de parto. Também é obrigatório o preenchimento adequado e completo do partograma, de toda a intercorrência no prontuário e na carteira da gestante, a qual deve ser à mesma por ocasião da alta (JIMENEZ, SIMÃO e SHIMAZAKI, 2003).

As gestantes com sorologia positiva para o HIV ou toxoplasmose têm como referência obrigatória para o parto uma das três maternidades de risco: dois Hospitais Universitários e a Maternidade Municipal. Tal concentração tem objetivos operacionais de garantir a assistência especializada no momento do parto e no atendimento ao recém-nascido (JIMENEZ, SIMÃO e SHIMAZAKI, 2003).

Na alta hospitalar, a puérpera é orientada quanto à consulta puerperal, incentivo ao aleitamento materno, bem como cuidados com o recém-nascido e realização da primeira consulta do mesmo, na US de origem, até 15 (quinze) dias de vida. A consulta puerperal tem como finalidade detectar e tratar as complicações puerperais, incentivar o aleitamento materno, avaliar o risco reprodutivo e captar as mulheres com risco reprodutivo para o planejamento familiar (JIMENEZ, SIMÃO e SHIMAZAKI, 2003).

No âmbito do planejamento familiar são desenvolvidas ações que visam a reduzir a gravidez indesejada ou de risco e diminuir o número de abortos provocados, além de ações de assistência, prevenção e promoção à saúde das mulheres que queiram engravidar (JIMENEZ, SIMÃO e SHIMAZAKI, 2003). Estas ações vêm sendo realizadas com base no Protocolo de Planejamento Familiar, versões 2000 e 2002, o qual prevê o incremento nas ações de anti-concepção, mediante introdução dos métodos definitivos – laqueadura e vasectomia (CURITIBA, 2000; CURITIBA, 2002).

Para as mulheres ou casais que não desejam engravidar e para as gestantes com risco reprodutivo, o programa prevê a orientação e a disponibilização dos métodos anticoncepcionais mais adequados a cada caso. A oferta de métodos e a abordagem específica para cada clientela, em especial o público adolescente, são estratégias adotadas para buscar a redução da gravidez nesta última faixa etária. As US e os serviços de referência dispõem de todos os métodos padronizados no protocolo (JIMENEZ, SIMÃO e SHIMAZAKI, 2003).

As pacientes com risco reprodutivo participam do Programa de Planejamento Familiar e a elas são ofertados em todas as US aconselhamento, orientação e métodos de anticoncepção, indicados de acordo com a avaliação médica individual e conforme procedimentos incluídos no protocolo institucional. O homem que deseja realizar vasectomia e encontra-se dentro dos critérios estabelecidos no protocolo, é avaliado pela Unidade de Saúde e encaminhado ao serviço de referência, para a realização do procedimento (JIMENEZ, SIMÃO e SHIMAZAKI, 2003).

No ano seguinte ao lançamento do Programa Mãe Curitibana, o Ministério da Saúde, baseado na análise das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mulher no período pós-parto, instituiu o Programa de Humanização do Parto e Nascimento, por meio da Portaria/GM n.º 569, de 01/06/2000. As ações desenvolvidas por meio do Programa Mãe Curitibana possibilitam a adesão imediata de Curitiba ao programa federal, que passa a receber incentivos financeiros (repassados ao Fundo Municipal de Saúde e às Maternidades de Referência), mediante o alcance de metas, favorecendo a continuidade do programa em curso (BRASIL, 2000).

A adesão ao Programa federal implica no uso obrigatório de um sistema informatizado, disponibilizado pelo DATASUS, o Sis prenatal, que possibilita o monitoramento do Programa pelos gestores do SUS, a partir do acompanhamento de cada gestante (BRASIL, 2000). Com isto, informações registradas no prontuário eletrônico nas Unidades de Saúde são importadas para o Sis prenatal.

No período de 1999 a 2004, alterações foram introduzidas no Programa Mãe Curitibana, com base no monitoramento e avaliação de ações e resultados (sistemas manuais e informatizados para retroalimentar o programa), mediante

acompanhamento dos principais indicadores da saúde materno-infantil no município (epidemiologia), análise de relatórios das atividades das Unidades de Saúde, reuniões com as equipes dos distritos sanitários, bem como, por meio de pesquisas de satisfação junto à população.

A partir do final de 2002, foram firmados compromissos e pactuadas metas distritais, junto às equipes das Unidades de Saúde, a serem alcançadas no ano seguinte, de acordo com a realidade local, para cada um dos programas da Secretaria Municipal da Saúde.

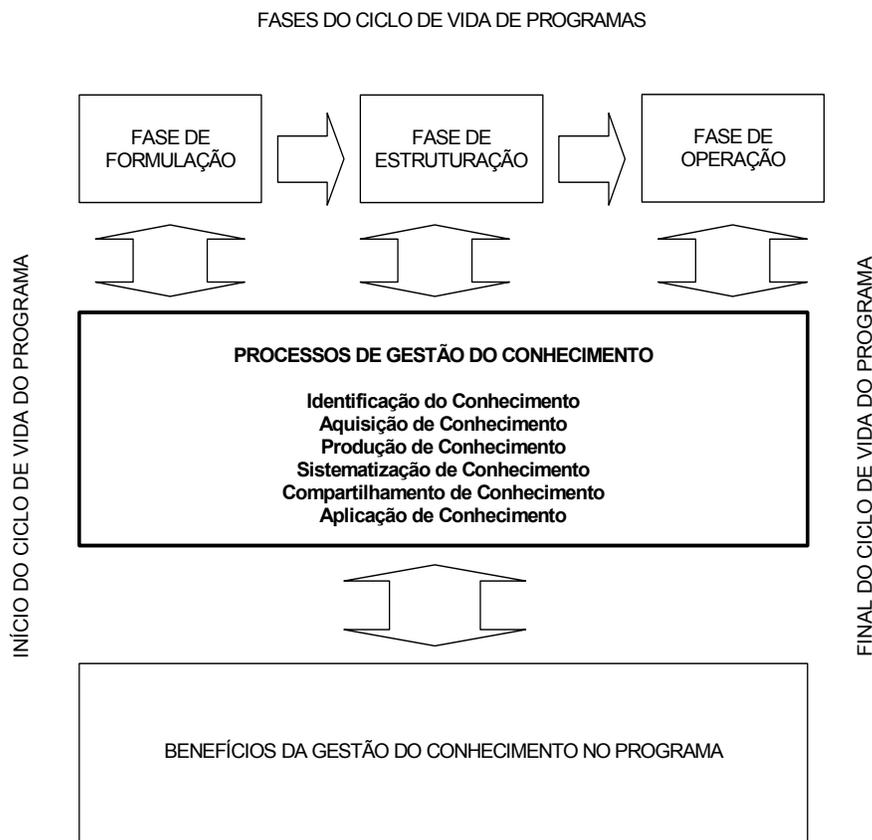
Para implantação das novas ações previstas nos novos protocolos, além dos recursos do orçamento da SMS e dos incentivos financeiros provenientes do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, foram elaborados pela equipe de profissionais da SMS, projetos para captação de recursos junto ao Ministério da Saúde e Bancos Internacionais, BID e BIRD.

4.2 CARACTERIZAÇÃO DOS PROCESSOS DE GESTÃO DO CONHECIMENTO NAS FASES DO CICLO DE VIDA DO PROGRAMA MÃE CURITIBANA

A caracterização dos processos de GC praticados no âmbito do Programa Mãe Curitibana, em suas diferentes fases, foi realizada com base na coleta de dados primários e secundários, fundamentada nos conceitos explicitados no Quadro 3 - PROCESSOS E PRÁTICAS DE GESTÃO DO CONHECIMENTO, da Metodologia da Pesquisa, na página 56.

Na Figura 11 a seguir, o foco deste capítulo apresenta-se em destaque no modelo conceitual da presente pesquisa, apresentado na Fundamentação Teórico-Empírica, página 52.

Figura 11 - MODELO CONCEITUAL DA PESQUISA (ÊNFASE AOS PROCESSOS DE GC)



FONTE: elaborado pela autora

Importante ressaltar que, dada a inexistência de iniciativas formalizadas de Gestão do Conhecimento na organização pesquisada, o mapeamento dos referidos processos/práticas no âmbito do Programa Mãe Curitibana, focalizou-se sobre atividades semelhantes às práticas de GC utilizadas como referência para esta pesquisa, realizadas ao longo do ciclo de vida deste programa, aqui denominadas de práticas não formalizadas de Gestão do Conhecimento.

Por meio dos dados secundários, buscou-se, num primeiro momento, levantar informações a respeito do modo como estes processos ocorreram nas fases de formulação, estruturação e operação do programa. Na seqüência, a coleta de dados primários concentrou-se na fase de operação do programa (1999-2004), com

vistas a complementar as informações já levantadas e possibilitar o aprofundamento necessário para a posterior identificação das possíveis contribuições destes processos para a geração de benefícios para o programa.

Os dados primários foram levantados por meio de entrevistas semi-estruturadas junto aos profissionais que atuam nas Unidades de Saúde (nível local), e no âmbito da coordenação do programa (níveis central/distrital), com base nos roteiros de entrevista semi-estruturada, contendo escala Likert (ANEXOS V e VI).

Para cada afirmativa constante no formulário, os respondentes assinalaram uma das opções da escala (Quadro 5). Os resultados foram tabulados, obtendo-se a distribuição percentual das respostas dos dois grupos entrevistados (ANEXOS VII e VIII). Com base nestes dados, foram calculados, ainda, a média e o desvio padrão, de acordo com os valores abaixo (Quadro 5), sem considerar a opção *não sei*, os quais serão apresentados, a seguir, para demonstrar os resultados das entrevistas.

Quadro 5 - VALORES NA ESCALA LIKERT DE RESPOSTAS

CONCORDO TOTALMENTE	CONCORDO PARCIALMENTE	NEM CONCORDO/ NEM DISCORDO	DISCORDO PARCIALMENTE	DISCORDO TOTALMENTE
1	2	3	4	5

FONTE: Elaborado pela autora

A partir do nível de concordância/discordância obtido para cada uma das afirmativas referentes às atividades relacionadas aos processos de GC, foram solicitadas aos entrevistados, ainda, informações a respeito do modo e frequência com que vêm sendo praticadas, bem como suas impressões a respeito.

Assim, a seguir, são apresentados os resultados da coleta de dados sobre os processos de identificação, aquisição, produção, sistematização, compartilhamento e aplicação do conhecimento, nas diferentes fases do ciclo de vida do Programa Mãe Curitibana, no período de 1998 a 2004, seguidos de análise embasada na fundamentação teórico-empírica desta pesquisa.

Para facilitar a demonstração dos resultados, os dados relativos a cada um dos processos de GC investigados (e suas práticas) são expostos em dois

momentos: apresentação dos dados e análise dos resultados. Ao final do capítulo é apresentada, ainda, uma síntese dos resultados.

4.2.1 Processo de Identificação do Conhecimento

Para caracterização do processo de identificação do conhecimento, foram utilizadas como referência as seguintes práticas: identificação das competências críticas e das áreas de conhecimento relevantes para o desenvolvimento do programa (de acordo com os objetivos estratégicos); identificação das lacunas entre as competências existentes e as necessárias; identificação das fontes internas e externas associadas às competências críticas/áreas de conhecimento (STOLLENWERK, 2002; PROBST, RAUB e ROMHARDT, 2002).

4.2.1.1 Apresentação dos dados

No tocante à *identificação das competências críticas/áreas de conhecimentos que as sustentam (de acordo com as estratégias da organização/programa)*, foram identificadas atividades desenvolvidas desde a fase de formulação do programa, voltadas à definição das atribuições dos profissionais envolvidos em sua operacionalização e à delimitação das áreas de conhecimento que sustentam suas ações, quais sejam: pré-natal, parto, puerpério, assistência ao recém-nascido e planejamento familiar. Tais atividades são descritas em documentos e publicações, produzidos desde a fase de estruturação do Programa Mãe Curitibana, nos quais são, também, detalhados seus objetivos (CURITIBA, 1999b; CURITIBA, 1999c; CURITIBA, 2000a; CURITIBA, 2000b).

Com vistas a complementar informações sobre estas atividades, buscou-se, por meio das afirmativas 6 e 7, constantes nos formulários de entrevista (ANEXOS V e VI), identificar o nível de conhecimento dos profissionais a respeito dos objetivos do programa e de suas atribuições/funções, obtendo-se os resultados demonstrados no Quadro 6 a seguir.

Quadro 6 - RESULTADOS DAS AFIRMATIVAS 6 E 7, RELACIONADAS AO PROCESSO DE IDENTIFICAÇÃO DO CONHECIMENTO, POR GRUPO PESQUISADO - 2004

AFIRMATIVAS	UNIDADES DE SAÚDE		COORDENAÇÕES	
	MÉDIA ⁽¹⁾	DESVIO PADRÃO	MÉDIA ⁽¹⁾	DESVIO PADRÃO
06- Os objetivos e ações do Programa Mãe Curitibana foram claramente definidos e disseminados junto aos profissionais desta US que atuam na sua operacionalização	1,28	0,46	1,17	0,41
07-As atribuições/funções dos profissionais que atuam no Programa Mãe Curitibana (SMS e Instituições Parceiras) foram claramente definidas e disseminadas nesta US	1,16	0,37	1,33	0,52

FONTE: Pesquisa de campo

NOTA: ⁽¹⁾ Escala Likert de 1 a 5 (sendo 1, concordo totalmente; 2, concordo parcialmente; 3, nem concordo/nem discordo; 4, discordo parcialmente; e 5, discordo totalmente).

No que se refere à afirmativa 6, que trata da definição e disseminação dos objetivos do programa, as opiniões dos entrevistados das US e da Coordenação, mostraram-se semelhantes, resultando nas médias de 1,28 (USs) e 1,17 (Coordenações). As médias e desvios padrão relativos a esta afirmativa refletem o predomínio do percentual de concordância total por parte de ambos os grupos, de 71,9% e 83,3%, respectivamente.

Resultado similar ocorreu em relação à afirmativa 7, referente à definição e disseminação das atribuições/funções dos profissionais que atuam no programa, na qual as médias dos dois grupos também ficaram próximas, 1,16 (US) e 1,33 (Coordenações.), com pouca dispersão nas respostas, e prevalecendo, também, os percentuais de concordância total, de 84,4% e 66,7%, respectivamente.

De acordo com os depoimentos dos entrevistados, a definição e disseminação dos objetivos/ações do Programa Mãe Curitibana, bem como das atribuições dos profissionais que atuam na sua operacionalização, vem ocorrendo por intermédio de:

- treinamentos/reuniões relativos aos protocolos do programa, organizados pela coordenação do programa no nível central, dirigidos na maioria das vezes aos médicos e enfermeiros que atuam na sua operacionalização, além das autoridades sanitárias das US;

- repasse das informações adquiridas nestes eventos para os profissionais das US nas reuniões de equipe;
- acesso aos próprios protocolos.

De acordo com os depoimentos, de modo geral, os profissionais das Unidades de Saúde têm um amplo conhecimento a respeito dos objetivos e ações do programa, bem como de suas atribuições, proporcionado, principalmente, pelos treinamentos/reuniões a respeito dos protocolos do programa ou mesmo por meio do acesso aos próprios protocolos.

Na seqüência, por intermédio da afirmativa 8 do formulário de entrevista (ANEXOS V E VI), que trata de iniciativas voltadas à identificação de necessidades de capacitação, buscou-se levantar informações sobre práticas voltadas à *identificação das lacunas entre as competências necessárias e as existentes*. Os resultados obtidos junto aos entrevistados em relação à referida afirmativa são demonstrados no Quadro 7.

Quadro 7 - RESULTADOS DA AFIRMATIVA 8, RELACIONADA AO PROCESSO DE IDENTIFICAÇÃO DO CONHECIMENTO - 2004

AFIRMATIVAS	UNIDADES DE SAÚDE		COORDENAÇÕES	
	MÉDIA ⁽¹⁾	DESVIO PADRÃO	MÉDIA ⁽¹⁾	DESVIO PADRÃO
08-Freqüentemente, vêm sendo identificadas junto aos profissionais desta US que atuam no Programa Mãe Curitibana, necessidades de capacitação para o melhor desempenho de suas funções	1,87	1,06	1,17	0,41

FONTE: Pesquisa de Campo

NOTA: ⁽¹⁾ Escala Likert de 1 a 5 (sendo 1, concordo totalmente; 2, concordo parcialmente; 3, nem concordo/nem discordo; 4, discordo parcialmente; e 5, discordo totalmente).

Conforme se pode observar, as opiniões dos dois grupos, representadas pelas médias de 1,87 e 1,17, divergiram em relação à identificação das necessidades de capacitação (lacunas entre as competências necessárias e as existentes). No grupo das US houve uma concordância parcial por parte de 50,0% dos entrevistados, com uma grande variabilidade nas demais respostas, diferente do grupo de coordenação, no qual 83,3% dos profissionais concordaram totalmente.

De acordo com os depoimentos, o predomínio da concordância parcial por

parte do grupo de profissionais das US, em relação à afirmativa 08, deve-se ao fato de que estas iniciativas voltadas à identificação das necessidades de capacitação nem sempre ocorrem de maneira sistemática, com vistas a verificar as reais necessidades e, principalmente, subsidiar o planejamento de soluções voltadas a reduzi-las ou eliminá-las. Ao mesmo tempo em que são apresentadas algumas sugestões de melhorias destas atividades.

Algumas citações ilustram estas questões:

... deveria existir uma supervisão do nível central/regional no sentido da resolução das dificuldades ... (Entr. 08, US);

... deveriam perguntar para os funcionários o que eles gostariam ... (Entr. 09, US);

... na US não acontece... na coordenação nunca perguntaram, quando vem, vem um pacote pronto ... (Entr. 10, US);

... acho que deveria ter mais para ter o pessoal mais preparado ... (Entr. 15, US);

... esporadicamente, através de demanda à autoridade sanitária ou junto aos coordenadores do programa... os profissionais demandam ... (Entr. 19, US);

... tinha que ter uma educação continuada para a gente saber mais, por exemplo, para os auxiliares ... (Entr. 29, US).

No que se refere ao modo como vem sendo identificadas as necessidades de capacitação (ou lacunas de competências) dos profissionais que atuam na operacionalização do programa, de acordo com os respondentes, quando ocorrem:

- são identificadas pelas autoridades sanitárias locais e enfermeiras ou demandadas pelos próprios profissionais nas US, sendo repassadas à coordenação do programa;
- são identificadas pela coordenação do programa no nível central, em conjunto com as coordenações dos DSs e autoridades sanitárias locais, mediante monitoramento dos resultados (informações epidemiológicas e alcance de metas) ou por solicitação das US.

Por fim, no tocante à *identificação das fontes de conhecimento*, verificou-se que, ao longo das diferentes fases do ciclo de vida do programa, a identificação das fontes internas (profissionais do nível central, distrital e local) e externas (sociedades científicas, universidades, dentre outros) relacionadas às áreas de conhecimento do

programa, vem ocorrendo de maneira restrita a iniciativas individuais ou de grupos específicos, em especial do grupo de coordenação do programa.

4.2.1.2 Análise dos resultados

De acordo com os dados apresentados, ainda que realizadas de maneira incipiente, foram contatadas atividades semelhantes a todas as práticas de identificação do conhecimento investigadas, realizadas ao longo das fases de formulação, estruturação e operação do Programa Mãe Curitibana.

Para Stollenwerk (2002), as estratégias organizacionais são o ponto de partida para o processo de identificação, a partir do qual devem ser identificadas as competências críticas e as áreas de conhecimento relevantes para o desenvolvimento do programa. Neste sentido, merece destaque o alto grau de conhecimento dos profissionais a respeito dos objetivos do programa.

Por outro lado, informações relativas ao modo e à freqüência com que estas práticas vêm sendo realizadas remetem a possibilidades de aperfeiçoamento, conforme se segue:

- *identificação das competências críticas/áreas de conhecimento:* aprimoramento do modo como vêm sendo identificadas as atribuições dos profissionais e delimitadas as áreas de conhecimento, com vistas a subsidiar a identificação das lacunas de competências e das fontes internas e externas de conhecimento;
- *identificação das lacunas entre as competências necessárias e as existentes:* ampliação da consulta aos profissionais das US, para identificação conjunta de suas demandas de capacitação (ou lacunas de competências), a serem desenvolvidas por meio dos processos/práticas de aquisição, produção, sistematização e compartilhamento de conhecimentos;
- *identificação das fontes de conhecimento:* identificação sistemática das fontes internas e externas de conhecimento, com vistas a favorecer sua ampla disseminação e acesso por todos os profissionais que atuam na operacionalização do programa.

4.2.2 Processo de Aquisição do Conhecimento

A caracterização do processo de aquisição de conhecimentos, no âmbito do Programa Mãe Curitibana, concentrou-se em práticas direcionadas à aquisição de conhecimentos em fontes internas e externas, com foco no desenvolvimento ou manutenção das competências críticas para o desenvolvimento do programa (lacunas de competências) (STOLLENWERK, 2002; PROBST, RAUB e ROMHARDT, 2002).

4.2.2.1 Apresentação dos dados

Ao longo das fases de estruturação e operacionalização do programa (1999 a 2004), foram identificadas diversas atividades voltadas à aquisição de conhecimentos, organizados pela coordenação do programa, no nível central, em conjunto com o Centro de Estudos em Saúde (CES), descritas no Quadro 8, a seguir:

Quadro 8 - CURSOS/TREINAMENTOS REALIZADOS NO ÂMBITO DO PROGRAMA MÃE CURITIBANA - 1999-2004

ANO	CURSOS/TREINAMENTOS	CARGA HORÁRIA	PÚBLICO ALVO
1999	Protocolo Mãe Curitibana – 05 cursos Treinamento Acolhimento Solidário - Modulo sobre o Programa Mãe Curitibana	20 horas 8 horas	88 participantes: médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e ASL 200 auxiliares de enfermagem, 300 enfermeiros, 600 médicos
2000	25 cursos na área Materno- Infantil (total) Aleitamento Materno- 18 cursos Câncer de Mama – 06 cursos Ciclo de Atualização do Programa Mãe Curitibana (SMS/ ICS, HC, SESA, SBU e SOGIPA)	227 horas (total) 187 horas 24 horas 16 horas	1.402 participantes (total) 757 participantes: auxiliar de enfermagem, enfermeiros, médicos, ACD e THD 193 participantes: enfermeiros e médicos 452 participantes: médicos ginecologistas/obstétricas, generalistas e pediatras; enfermeiros (USs, Distritos, ICS e HUEC)
2001	311 cursos na área da Saúde Materno-Infantil no 1º semestre Cursos Saúde da Mulher *Encontro Mãe Curitibana – Treinamento EM Emergências Obstétricas ALSO do Brasil (<i>Advanced Life Support in Obstetrics</i>)	— 67 horas 4 horas 20 horas	6.184 participantes 404 participantes 80 participantes 20 participantes
2002	Treinamento sobre Planejamento Familiar, Violência contra a Mulher, prevenção a Prematuridade e Baixo Peso ao Nascer- na SOGIPA Treinamento sobre Humanização do Atendimento pós-aborto, Planejamento Familiar e Risco Reprodutivo- no HC Treinamento Shering sobre Planejamento Familiar para multiplicadores- Programa Mãe Curitibana (06 salas) 01 curso - Planejamento Familiar Capacitação sobre Planejamento Familiar, para multiplicadores- Centro de Planejamento Familiar e Reprodução Humana (CEPAR), na Bahia	— — — 40 horas 40 horas	600 profissionais: médicos e enfermeiros 200 profissionais: médicos e enfermeiros da SMS, profissionais dos hospitais vinculados ao SUS 30 pessoas: médicos, enfermeiros PSF e ginecologistas-obstetras 120 pessoas: profissionais da Coordenação do Programa
2003	Protocolo Planejamento Familiar	20 horas	30 participantes: médicos e enfermeiros
2004	Treinamento sobre o novo Protocolo do Pré-natal, Parto, Puerpério e Assistência ao recém-nascido	16 horas	200 médicos 100 enfermeiros

FONTE: elaborado pela autora com base em informações da SMS/ Centro de Estudos em Saúde

Com base nestes dados, foi formulada a afirmativa 9 do formulário de entrevista (ANEXOS V E VI), com vistas a complementar informações acerca do modo e freqüência com que estas atividades vêm ocorrendo. Os resultados obtidos em reação a esta afirmativa, junto aos profissionais das US e Coordenações são demonstrados no quadro abaixo.

Quadro 9 - RESULTADOS DA AFIRMATIVA 9, RELACIONADA AO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE CONHECIMENTOS, POR GRUPO PESQUISADO - 2004

AFIRMATIVAS	UNIDADES DE SAÚDE		COORDENAÇÕES	
	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	MÉDIA	DESVIO PADRÃO
09- Os profissionais desta US que atuam no Programa Mãe Curitibana tem participado, freqüentemente, de atividades voltadas ao desenvolvimento e/ou reciclagem das competências necessárias para o desempenho de suas funções	2,47	1,19	1,83	0,41

FONTE: Pesquisa de Campo

NOTA: ⁽¹⁾ Escala Likert de 1 a 5 (sendo 1, concordo totalmente; 2, concordo parcialmente; 3, nem concordo/nem discordo; 4, discordo parcialmente; e, 5, discordo totalmente)

Conforme se observa no Quadro 9, as médias das respostas dos entrevistados das US (2,47) e das Coordenações (1,83) à afirmativa 9 demonstram uma certa divergência entre as opiniões dos dois grupos quanto à participação dos profissionais que atuam no programa, em atividades voltadas ao desenvolvimento ou reciclagem das competências necessárias ao desempenho de suas funções.

As médias e desvios padrão refletem a concentração da concordância total do grupo de coordenadores, de 83,3%, diferente do grupo das US, no qual ocorre o predomínio da concordância parcial, de 62,5%, e uma maior distribuição das respostas entre as demais alternativas, inclusive discordantes.

Ainda que existam algumas divergências, de modo geral, os resultados demonstram um alto grau de concordância em relação à participação freqüente dos profissionais em atividades voltadas à aquisição de conhecimentos. De acordo com os comentários, a participação dos profissionais em atividades desta natureza, vem abrangendo, principalmente:

- treinamentos sobre os protocolos, organizados pela coordenação do Programa, direcionados prioritariamente aos médicos e enfermeiros que atuam nas US, do qual também participam os Coordenadores de assistência dos DS;
- treinamentos e/ou repasse de conhecimentos adquiridos nos referidos treinamentos para os auxiliares de enfermagem e/ou equipes nas US, em geral, pelos enfermeiros;

- participação dos profissionais das US, na maior parte das vezes, médicos e enfermeiros, em outros eventos relacionados ao tema saúde materno-infantil, nos Distritos Sanitários e ou externos;
- participação dos profissionais do nível central em encontros, congressos, seminários.

Por outro lado, nos depoimentos dos entrevistados das US, duas questões foram ressaltadas: a necessidade de maior freqüência nos treinamentos e a necessidade de estender estes treinamentos às demais categorias profissionais que atuam na operacionalização do programa nas US, em especial aos auxiliares de enfermagem, diante da exigüidade de tempo nas US para o adequado repasse dos conteúdos apreendidos pelos profissionais que participaram dos eventos.

As citações que se seguem ilustram estas questões:

Poderia ser mais freqüente, de acordo com o interesse e deficiências ... (Entr. 4, US);

Deveríamos ter mais porque o programa é muito importante... o programa é muito bom... a gente acaba ficando desatualizada ... (Entr. 25, US);

Não tem tanto quanto deveria... a Secretaria está sempre contratando gente... deveria ser pelo menos anual, sobre os programas básicos ... (Entr. 26, US);

Deveria ser mais freqüente por que senão pode comprometer o programa... (Entr. 28, US).

Os auxiliares poderiam ter um pouco mais de autonomia se eles tivessem mais preparo, se a gente conseguisse chegar mais perto dos funcionários nesta parte de desenvolvimento, de aprendizado. Às vezes tem tanta coisa que a gente não consegue passar para eles, nem na nossa reunião (Entr. 2, US);

Deveria ser mais freqüente e mais abrangente, que todos os profissionais que estão diretamente ligados ao programa participassem (...) talvez fazer um curso de motivação para os auxiliares.... uma sensibilização para o auxiliar e o agente comunitário ... (Entr. 4, US).

Agora estão retomando... a única coisa, deveriam incluir os auxiliares...quem participa não tem muito tempo para repassar para os auxiliares... (...) faria diferença na qualidade... se tivesse tempo para repassar ... (Entr. 10, US);

Se as auxiliares participassem seria bom para ficar mais claro, seria diferente do que o simples repasse... faria diferença , você fica mais sensível, se mobiliza a fazer mais ... (Entr. 17, US);

Nos depoimentos de coordenadores, questões relacionadas à maior frequência dos treinamentos aparecem de maneira isolada, tendo sido ressaltadas, por outro lado, restrições financeiras à realização de maior número de treinamentos. Além disso, alguns coordenadores também destacaram a possibilidade de participação de outras categorias profissionais nos treinamentos.

4.2.2.2 Análise dos resultados

De acordo com os dados apresentados, foram identificadas diversas atividades voltadas à aquisição de conhecimentos, realizadas desde a fase de estruturação do Programa Mãe Curitibana, destacando-se treinamentos, cursos e reuniões para repasse de conteúdos nas US direcionados, em sua maior parte, para médicos e enfermeiros que atuam no programa nas US.

Para Stollenwerk (2002), este processo abrange a aquisição de conhecimentos, habilidades e experiências necessárias ao desenvolvimento ou manutenção das competências críticas para a operacionalização do programa. Nesta linha, depoimentos relativos ao modo e a à frequência com que estas atividades vêm ocorrendo remetem à possibilidade de expansão da quantidade e da cobertura destas atividades, no sentido de envolver demais categorias profissionais que atuam na operacionalização do programa nas US, principalmente os auxiliares de enfermagem, com vistas a favorecer a mais ampla aquisição de conhecimentos no âmbito do programa.

4.2.3 Processo de Produção de Conhecimento

A caracterização do processo de produção de conhecimentos baseou-se na identificação de práticas voltadas à criação, produção ou desenvolvimento de novos conhecimentos, no âmbito do programa, por meio de estudos, análises e elaboração de propostas (STOLLENWERK, 2002; PROBST, RAUB E ROMHARDT, 2002; CEPAL, 2002).

4.2.3.1 Apresentação dos dados

De acordo com depoimentos coletados informalmente, diversas iniciativas relacionadas à produção de conhecimentos vêm sendo realizadas, desde a fase de formulação do Programa Mãe Curitibana:

- elaboração de pesquisas e diagnósticos sobre a situação da saúde materno infantil em Curitiba, em parceria com as Sociedades Científicas, Universidades, Comitês de Mortalidade Materna e Infantil ;
- produção de textos para documentos institucionais, utilizados como referência para a operacionalização do Programa Mãe Curitibana ;
- produção de estudos ou propostas para reorganização de fluxos e processos de trabalho no âmbito do Programa Mãe Curitibana;
- elaboração de relatos de experiência vivenciada nas Unidades de Saúde, no âmbito do Programa Mãe Curitibana, para apresentação em eventos da SMS ;
- elaboração de artigos e *posters* sobre temas relacionados ao Programa Mãe Curitibana para publicação em revistas ou apresentação em eventos científicos.

Com o intuito de identificar o modo e a frequência com que os profissionais da SMS/US que atuam no Programa Mãe Curitibana têm se envolvido em atividades direcionadas à produção de conhecimentos, foram formuladas as afirmativas 10 e 11.

O Quadro 10, a seguir, demonstra os percentuais de concordância relativos à afirmativa 10, que trata da participação dos profissionais que atuam no programa, na produção de estudos e análises relacionados à saúde materno-infantil, em sua área de abrangência.

QUADRO 10 - RESULTADOS DA AFIRMATIVA 10, RELACIONADA AO PROCESSO DE PRODUÇÃO DE CONHECIMENTOS, POR GRUPO PESQUISADO - 2004

AFIRMATIVAS	UNIDADES DE SAÚDE		COORDENAÇÕES	
	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	MÉDIA	DESVIO PADRÃO
10- Os profissionais desta US que atuam no Programa Mãe Curitibana tem participado, freqüentemente, na produção de estudos e análises sobre a situação da saúde materno-infantil em sua área de abrangência	3,94	1,24	2,67	1,03

FONTE: Pesquisa de Campo

NOTA: ⁽¹⁾ Escala Likert de 1 a 5 (sendo 1, concordo totalmente; 2, concordo parcialmente; 3, nem concordo/nem discordo; 4, discordo parcialmente; e, 5, discordo totalmente)

No que se refere à afirmativa 10, as opiniões dos dois grupos divergem. A média das respostas dos entrevistados das US foi de 3,94, enquanto a dos coordenadores, de 2,67. Os profissionais que atuam no programa nas US tendem para a discordância, com um predomínio da discordância total, de 43,8%, enquanto 66,7% dos coordenadores entrevistados concordam parcialmente com a afirmativa, embora os demais 33,3% discordem parcialmente.

De acordo com os depoimentos, a divergência de opiniões entre os dois grupos decorre da baixa freqüência na realização destes estudos no nível local, um pouco maior em nível de Distrito e bastante freqüente no nível central.

De modo geral, estes estudos e análises relacionados à saúde materno-infantil, no âmbito da SMS, abrangem:

- produção de diagnósticos epidemiológicos, mapeamento de doenças, elaboração de artigos, pelos profissionais que atuam no nível central, no Centro de Epidemiologia, na Coordenação do programa, na Coordenação AIDS, dentre outros;
- produção de estudos e análises, no âmbito dos Comitês Pró-Vida, nos Distritos Sanitários, relacionados à mortalidade infantil, pelos profissionais das US (em geral, médicos e enfermeiros) e DS;

- produção de artigos pelos profissionais das Us, para apresentação em eventos externos ou relatos de experiências para apresentação no Encontro de Saúde Coletiva, promovido pela SMS;
- produção de estudos nas reuniões de equipe nas US.

Em seus depoimentos, 86,1% dos entrevistados que atuam nas US ressaltam a relevância destas atividades, além de apontar algumas possibilidades de aperfeiçoamento, conforme pode-se observar em algumas citações:

Seria bom para o próprio conhecimento... conhecendo melhor o perfil (da situação da saúde materno-infantil na área de abrangência da US), poderia pensar estratégias para a comunidade (Entr. 2, US);

Sim, porque se você faz um levantamento do que está acontecendo na área, você faz projetos para melhorar os problemas encontrados, para melhorar o programa, para ser mais eficiente (Entr. 3, US);

Seria bom para conhecer os problemas da região, por exemplo, gravidez na adolescência...e trabalhar com eles...faz diferença por que você sabe onde vai atuar, o que vai ser prioridade ... (Entr 6, US);

Seria importante, por exemplo, sobre gestantes adolescentes... deveria investir mais, porque está aparecendo muito na US... (Entr. 21, US);

Poderia ter, para ver onde estão as dificuldades, onde está precisando de uma atuação maior... Até para evitar a mortalidade infantil... (Entr. 29, US);

Poderia escrever mais artigos, produção de estudos... Além de melhorar a atuação do programa, aumenta o campo de abrangência ... (Entr. 30, US);

Pelo menos para ter um diagnóstico real da questão... Dos fatores atrelados à gestação... um estudo específico... buscar outros elementos poderia estar desencadeando, impactando na gestação... faria diferença no atendimento, porque sai da questão padrão e entra na realidade local do território, no local... (Entr. 32, US).

Alguns coordenadores também reforçaram a importância destes estudos, conforme se segue:

É de alta relevância...a partir do momento que você trabalhar aquela situação, você vai verificar o problema... a proposta é que você traga também um encaminhamento para isso... é você poder contribuir para a redução, para um melhor índice desses coeficientes de mortalidade infantil e materna... Agora dentro do programa você vai fazer um impacto na questão da morte materna e da morte infantil... (Entr. 36, Coord.);

Sim, cada vez que alguém se envolve no estudo, ele está motivado, ele cria uma visão diferente, ele se dedica mais àquilo que ele faz, melhora sua qualidade profissional, pois ele tem necessidade de estudar e mais... mas na verdade, a gente está fazendo esse projeto agora com o MS, projeto RENAGONO, que é treinar profissionais da área para poder fazer este tipo de investigação agora... (Entr.5, Coord.);

Se as pessoas tivessem mais tempo para parar e fazer uma reflexão sobre o tópico da análise e que direção tomar, por exemplo, se tivesse muita gestante adolescente, trabalhar mais com adolescência, se tivesse muita gestante idosa, implementar o plano de atendimento familiar, isso a nível das US... (Entr. 6, Coord.).

O Quadro 11, a seguir, demonstra os percentuais de concordância relativos à afirmativa 11, que trata do envolvimento dos profissionais das US/SMS em estudos e elaboração de propostas relacionadas aos fluxos e processos de trabalho (protocolos do programa). A média de respostas foi de 3,84 (US) e 1,67 (Coordenações).

Quadro 11 - RESULTADOS DA AFIRMATIVA 11, RELACIONADA AO PROCESSO DE PRODUÇÃO DE CONHECIMENTOS, POR GRUPO PESQUISADO - 2004

AFIRMATIVAS	UNIDADES DE SAÚDE		COORDENAÇÕES	
	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	MÉDIA	DESVIO PADRÃO
11- Os profissionais desta US que atuam no Programa Mãe Curitibana tem participado, freqüentemente, de estudos e elaboração de propostas relacionadas aos fluxos e processos de trabalho do Programa (atenção materno-infantil)	3,84	1,49	1,67	1,21

FONTE: Pesquisa de Campo

NOTA: ⁽¹⁾ Escala Likert de 1 a 5 (sendo 1, concordo totalmente; 2, concordo parcialmente; 3, nem concordo/nem discordo; 4, discordo parcialmente; e, 5, discordo totalmente)

Conforme se pode observar, as opiniões dos profissionais que atuam nas US e nas Coordenações novamente foram divergentes, com 50% de discordância total do grupos de US e 66,7% de concordância parcial do grupo de coordenadores. Ressalta-se, contudo, uma alta variabilidade nas respostas dos dois grupos, demonstrados pelos desvios padrão.

Em ambos os grupos, há uma grande dispersão nas respostas, embora com tendência para a concordância no grupo de coordenadores e para a discordância no grupo de profissionais das US. Enquanto no grupo de coordenadores prevalece a opinião de que existe um envolvimento freqüente dos profissionais da SMS nestes estudos e elaboração de propostas relacionados aos fluxos e processos de trabalho do programa (protocolos), no grupo das US prevalece a discordância.

De acordo com os depoimentos, no que se refere ao modo como estas atividades vêm ocorrendo, os entrevistados afirmam que:

- os protocolos do Programa Mãe Curitibana são produzidos pelos profissionais que atuam na coordenação do programa, no nível central (em parceria com profissionais que atuam nas maternidades de referência e sociedades científicas);
- profissionais das US participam com críticas ou sugestões relacionadas aos fluxos e processos de trabalho no âmbito do programa, repassadas à coordenação do programa por intermédio das autoridades sanitárias locais (US) e/ou das coordenações de assistência (DS);
- profissionais das US participam aleatoriamente, quando convocados pela coordenação do programa, no nível central.

Em seus depoimentos, 62,5% dos profissionais das US ressaltam a relevância destes estudos, enfatizando alguns possíveis benefícios que poderiam advir de uma participação mais ampla, em especial, a possibilidade de compartilhar visões diferentes, relacionadas ao conhecimento da realidade local e de adquirir conhecimentos, ao mesmo tempo em que reconhecem dificuldades relacionadas à sua viabilização, especialmente, no que se refere à disponibilidade de tempo diante da forte pressão de demanda nas US.

Algumas citações ilustram estas questões:

... já que a gente está na ponta e conhece melhor a área de abrangência, a população, as doenças, e vê o que ocorre, poderia particularizar... não é uma coisa homogênea (...) se tivesse este tipo de interação, seria mais completo o protocolo ..'(Entr. 03, US);

Acho que a gente poderia aprender mais coisas, tirar dúvidas e passar as dificuldades, sugerir mudanças... (Entr. 05, US);

Poderia expandir para quem trabalha nas US... ia melhorar muita coisa porque a gente ia conseguir passar as idéias para eles, onde que estava as falhas, o que estava falhando, o que que está faltando ... o que que a gente poderia mudar, o que que não está funcionando no protocolo ... mas acho que eles não tem estrutura para expandir para mais profissionais .. (Entr. 09, US);

Nem sempre dá tempo de participar de tudo ... a adesão do profissional seria maior se participasse mais ... mesmo sabendo que a elaboração do protocolo passa por várias validações ... a participação na elaboração poderia favorecer a aplicação pelo domínio do assunto... (Entr. 28, US);

Seria necessário reunir a cada mês ou 3 a 4 meses e chamar o GO para conversar ... faria diferença no sentido de mostrar a realidade de cada

área... poderia abrir uns parênteses (...) adequando à realidade da área ... (Entr. 31, US);

A participação reforça a adequação à realidade local... se pudéssemos ter uma flexibilidade para trabalhar algumas situações assistenciais... mas, é de difícil viabilidade... (Ent.32, US).

Nos depoimentos dos coordenadores acerca dessa questão, prevalece a opinião de que a produção de estudos e elaboração de propostas relativas aos fluxos e processo de trabalho no âmbito no programa é uma atribuição do nível central, ressaltando-se, contudo, a grande relevância da retroalimentação das US, repassada pelos distritos sanitários ou mediante a participação aleatória de profissionais de algumas US, conforme a citação:

... o protocolo é elaborado a nível central, mas aquilo que for foco nas USs, nos distritos, quem vai trazer para nós é a assistência (coordenação de assistência)... a US está executando e mostrando como está acontecendo.. nós fazemos o protocolo e compramos a medicação, a US dá o feed-back da aplicação do protocolo (sugestões)...quem tem que construir o protocolo são os profissionais médicos que executam a assistência a estas patologias... a participação das US seria confuso... a função da US é executar e repassar os dados... a referência é a resposta... eu era da US, na US não acontece... (Entr. 37, Coord.)

Portanto, as opiniões dos entrevistados se dividem entre os que acreditam que os profissionais das US deveriam se envolver mais nestes estudos/revisões dos fluxos e processos de trabalho vinculados aos protocolos do programa, e aqueles que acreditam ser esta uma atribuição do nível central, inclusive questionando sua viabilidade.

4.2.3.2 Análise dos resultados

De acordo com os dados apresentados, ao longo das diferentes fases do ciclo de vida do programa, identificou-se uma grande quantidade de estudos e análises relacionados à saúde materno-infantil, bem como referentes aos fluxos e processos de trabalho do Programa Mãe Curitibana (protocolos) desenvolvidos, sobretudo, pelos profissionais que atuam na coordenação do programa no nível central da SMS, em conjunto com alguns setores, também, do nível central; bem como, em parceria com Universidades e Sociedades Científicas.

Em ambas as iniciativas, foi identificado o envolvimento pontual e

esporádico dos profissionais do nível local, que participam de iniciativas isoladas de produção de conhecimentos no âmbito dos Distritos Sanitários e das Unidades de Saúde, a exemplo de estudos realizados no âmbito do Comitê de Mortalidade Materna e da produção de relatos de experiências desenvolvidas no programa, apresentadas no VII Encontro de Saúde Coletiva, promovido pela SMS, em 2002.

Divergências de opiniões quanto à possibilidade de maior envolvimento dos profissionais que atuam no nível local nestas atividades parecem refletir a estrutura e funcionamento da SMS, sobretudo no que diz respeito às diferentes atribuições gerais dos órgãos e unidades administrativas da Secretaria e às competências específicas e comuns dos servidores constantes em seu Regimento Interno (CURITIBA, 1998).

Para Probst, Raub & Romhardt (2002), o processo de produção/desenvolvimento de conhecimentos focaliza-se na geração de novos produtos, idéias melhores e processos mais eficientes, que podem surgir de qualquer lugar da organização. Ainda para estes autores, o modo como ocorre a produção de conhecimentos reflete a maneira como a organização lida com novas idéias e utiliza a criatividade dos funcionários.

Nesta linha, os dados apresentados demonstram a relevância conferida às práticas de produção de conhecimentos no âmbito do Programa Mãe Curitibana. Por outro lado, remetem à possibilidade de expansão destas práticas, sobretudo no nível local, mediante maior envolvimento dos profissionais das US, com vistas a favorecer a mais ampla geração de conhecimentos no âmbito do programa.

4.2.4 Processo de Sistematização de Conhecimentos

A caracterização do processo de sistematização de conhecimentos baseou-se na identificação de práticas voltadas ao registro de conhecimentos, habilidades e experiências relevantes para o programa, em material impresso ou em meio eletrônico, com vistas a favorecer sua disseminação junto aos profissionais que atuam na sua operacionalização (STOLLENWERK, 2002; PROBST, RAUB E ROMHARDT, 2002; CEPAL, 2002).

4.2.4.1 Apresentação dos resultados

Ao longo das diferentes fases do ciclo de vida do Programa Mãe Curitibana, diversos documentos foram publicados (inclusive, antes da fase de formulação), conforme Quadro 12.

QUADRO 12 - PUBLICAÇÕES SOBRE TEMAS RELACIONADOS À SAÚDE MATERNO-INFANTIL, POR FASE DO CICLO DE VIDA DO PROGRAMA MÃE CURITIBANA - 1998 - 2004

FASE DE FORMULAÇÃO	FASE DE ESTRUTURAÇÃO	FASE DE OPERAÇÃO
<p>Valorizando a Dignidade Materna (CURITIBA, 1996a);</p> <p>Manual do Atendimento ao Pré-parto de Baixo Risco (199a).</p>	<p>Instrução Normativa para a Operacionalização do Programa</p> <p>Protocolo de atenção ao pré-natal, parto e puerpério (CURITIBA, 1999b).</p>	<p>Boletim Epidemiológico de Curitiba: Edição Especial Programa Mãe Curitibana (CURITIBA, 1999a);</p> <p>Protocolo de atenção ao pré-natal, parto e puerpério (CURITIBA, 2000a).</p> <p>Protocolo de Planejamento Familiar (CURITIBA, 2000b).</p> <p>Protocolo de Planejamento Familiar (CURITIBA, 2000).</p> <p>Protocolo de atenção ao pré-natal, parto e puerpério e assistência ao recém-nascido (CURITIBA, 2004).</p> <p>Publicação de artigos diversos sobre temas relacionados ao Programa Mãe Curitibana em revistas científicas.</p>

FONTE: SMS/ Coordenação do Programa Mãe Curitibana (elaborado pela autora)

Por intermédio da afirmativa 12, buscou-se, ainda, verificar o modo e a frequência com que os profissionais das US/SMS sistematizam conhecimentos, habilidades e experiências adquiridos ou produzidos no âmbito do Programa Mãe Curitibana, com vistas a possibilitar sua disseminação junto aos demais profissionais que atuam no programa. O quadro 13 demonstra os percentuais de concordância relativos a esta questão.

QUADRO 13 - RESULTADOS DA AFIRMATIVA 12, RELACIONADA AO PROCESSO DE SISTEMATIZAÇÃO DE CONHECIMENTOS, POR GRUPO PESQUISADO - 2004

AFIRMATIVAS	UNIDADES DE SAÚDE		COORDENAÇÕES	
	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	MÉDIA	DESVIO PADRÃO
12 - Os conhecimentos e experiências dos profissionais desta US, relevantes para a operacionalização do Programa Mãe Curitibana vem sendo, freqüentemente, registrados em material impresso ou em meio eletrônico, para posterior disseminação nesta US e/ou junto às demais USs	4,68	0,79	2,67	1,51

FONTE: Pesquisa de Campo

NOTA: ⁽¹⁾escala Likert de 1 a 5 (sendo 1, concordo totalmente; 2, concordo parcialmente; 3, nem concordo/nem discordo; 4, discordo parcialmente; e, 5, discordo totalmente)

As médias, 4,68 (US) e 2,67(Coordenações), relativas à afirmativa 12, demonstram uma grande divergência entre as opiniões dos dois grupos entrevistados. Enquanto 78,1% dos profissionais que atuam nas US discordaram totalmente da afirmativa, 50% dos coordenadores concordaram parcialmente. Ainda, no grupo de coordenadores, houve uma certa dispersão nos dados, com 33,4% de respostas discordantes.

Em seus depoimentos, os profissionais das US de modo geral, relatam a inexistência destas práticas, remetendo-se à falta de tempo, estímulo ou mesmo de interesse dos profissionais. A concordância por parte dos coordenadores se deve, em grande parte, ao fato de que no nível central são bastante freqüentes a formatação e publicação de documentos, contendo conhecimentos relevantes para o programa. Novamente se coloca a questão das diferentes atribuições dos níveis central, distrital e local.

Com relação ao modo como estas atividades vêm ocorrendo, foram citados:

- formatação e reprodução de documentos institucionais, contendo estudos e diagnósticos sobre a situação da saúde/atenção materno-infantil em Curitiba (nível central), tais como os Boletins Epidemiológicos;
- formatação e reprodução de documentos institucionais, contendo

descrição de atribuições, fluxos, processos de trabalho e procedimentos padronizados para a operacionalização do Programa Mãe Curitibana (nível central), tais como as normativas do programa, os protocolos, *folders*, materiais de campanhas, dentro outros materiais relativos ao programa;

- formatação de artigos e *posters* sobre temas relacionados ao Programa Mãe Curitibana para publicação em revistas ou apresentação em eventos científicos (nível central);
- formatação de relatos de experiência vivenciada nas Unidades de Saúde, produzidos por profissionais das US, no âmbito do Programa Mãe Curitibana, para apresentação no Encontro de Saúde Coletiva da SMS;
- formatação de artigos e textos produzidos por profissionais das US sobre temas relacionados ao Programa Mãe Curitibana, para apresentação em Conferências Locais de Saúde, nos Conselhos de Saúde, dentre outros.

Em seus depoimentos, 78,1% dos profissionais que atuam nas US confirmam a relevância destas atividades para o programa, ressaltando algumas possibilidades de aperfeiçoamento, sobretudo, quanto a favorecer a troca de experiências entre os profissionais das US:

... se nós anotássemos, tem muita coisa que nós poderíamos passar a experiência de nossa US para outros fazerem e mesma coisa captar a experiência da outra US... através disso a gente juntaria e melhoraria o programa... (Entr. 09, US);

Poderia ser melhor ... até a nível de distrito poderia ter (manter)... teve situações que a gente demorou 2 anos para estruturar, por ex. oficinas... poderia trocar... esta troca enriquece e agiliza o trabalho ... (Entr. 12, US);

Seria interessante ... é uma experiência que você está registrando, que seria útil para os outros (...) de repente aconteceu aqui e um colega em outra US ainda não acordou para aquilo ... seria importante para a US e até a nível distrital, fazendo um apanhado de experiências ...(Entr. 16, US);

É importante... você pode trabalhar muito, mas se você não registra, fica só para você... ninguém mais vê... é importante para troca de experiências, dissemina melhor... (Entr. 20, US);

É uma coisa que preocupa ... deveria fazer ... é útil para quem vai ler, para quem está fazendo, porque amplia os conhecimentos ... ele fazendo e registrando, ele está documentado ... não fica só para ele ... (Entr. 22, US);

Seria importantíssimo, para melhorar o nosso desempenho ou até colaborar com os colegas de outras US que ainda tem dificuldade em resolver tal problema... e a gente sempre está aprendendo também... a gente pegar a experiência de outras US também ... (Entr. 26, US);

Seria bom ... eu gostaria de fazer um trabalho sobre o Mãe Curitibana ... favoreceria a produção de conhecimentos científicos ... (Entr. 30, US).

4.2.4.2 Análise dos resultados

De acordo com os dados apresentados, identificou-se uma quantidade significativa de documentos e publicações que reúnem conhecimentos de profissionais que atuam no Programa Mãe Curitibana, inclusive resultantes das iniciativas de produção de conhecimentos citadas anteriormente. Contudo, a exemplo das atividades voltadas à produção de conhecimentos, práticas de sistematização de conhecimentos também vêm ocorrendo com maior intensidade no nível central, realizadas por profissionais da coordenação do programa, do Centro de Epidemiologia e de instituições parceiras.

Iniciativas relacionadas à formalização ou explicitação de conhecimentos, habilidades e experiências pelos profissionais das US que atuam na operacionalização do programa, com vistas a possibilitar sua disseminação na US/SMS, têm se limitado à produção de material impresso, contendo os relatos de experiências apresentados no Encontro de Saúde Coletiva.

Para Stollenverk (2002), a posse individual e informal de conhecimentos, competências e experiências restringe a possibilidade de serem compartilhados e aplicados em processos, produtos e serviços da organização. Assim, os dados levantados vêm confirmar a ênfase conferida pela autora à formalização de conhecimentos, também, enfatizada por Davenport & Prusak (1998a), quando se referem à codificação do conhecimento como um processo fundamental, no sentido de dar permanência ao conhecimento e facilitar sua disponibilização aos que dele necessitarem.

Depoimentos relativos ao modo e frequência com que as práticas de sistematização vêm sendo realizadas no âmbito do Programa Mãe Curitibana remetem à possibilidade de expansão destas práticas, sobretudo no nível local, mediante maior envolvimento dos profissionais das US, favorecendo a explicitação

de seus conhecimentos e experiências, e conseqüentemente, sua posterior disseminação junto aos demais colegas.

4.2.5 Processo de Compartilhamento de Conhecimento

A caracterização do processo de compartilhamento baseou-se na investigação de práticas relacionadas ao acesso a conhecimentos, habilidades e experiências relevantes para a operacionalização do programa, por intermédio de material impresso ou em meio eletrônico, bem como, mediante troca direta entre profissionais que atuam no programa, nos níveis central, distrital e local (STOLLENWERK, 2002; DAVENPORT e PRUSAK, 1998a e 1998b; PROBST, RAUB E ROMHARDT, 2002; CEPAL, 2002).

4.2.5.1 Apresentação dos dados

De acordo com depoimentos coletados em entrevistas informais, desde a fase de formulação e estruturação do Programa Mãe Curitibana, vem ocorrendo o compartilhamento de conhecimentos relativos à saúde materno-infantil em Curitiba e de experiências vivenciadas em programas de atenção à gestante e recém-nascidos nas Unidades de Saúde, entre profissionais da SMS, representantes dos Comitês de Mortalidade Materna, membros dos Conselhos Locais e Municipal da Saúde, das Sociedades Científicas, Universidades e Maternidades, por meio de reuniões, encontros, comissões de trabalho, conferências, dentre outros.

Os quadros 14 e 15 demonstram a participação dos profissionais das US e da Coordenação em eventos focados no compartilhamento de conhecimentos:

Quadro 14 – RELAÇÃO DE TRABALHOS SOBRE TEMAS RELACIONADOS À SAÚDE MATERNO INFANTIL, APRESENTADOS NO VII ENCONTRO DE SAÚDE COLETIVA DA SMS, POR PROFISSIONAIS DAS US/DS - 2002

TRABALHOS APRESENTADOS	UNIDADE DE SAÚDE/ DISTRITO SANITÁRIO
Análise do perfil de aleitamento materno e fatores de risco para o seu abandono antes dos 6 meses de idade	US Criança/ DS Matriz
Adolescentes multiplicadores- agentes de prevenção e parceria em saúde e educação	US/ DS Portão
Técnica do cotovelo como apoio na amamentação: relato de experiência	US Irmã Tereza Araújo/ DS Boqueirão
Odontologia e a Saúde da Mulher	US São Paulo/DS Cajuru
Resgate de Crianças para o acompanhamento transdisciplinar	US Sabará/DS Portão
Oficina de Gestantes, a experiência da Unidade de Saúde Vila Hauer	US Vila Hauer/DS Boqueirão
Mãe Curitiba/ Pacto pela Vida	US Fernando de Noronha/DS Boa Vista
Avaliação do teste de IgA e de Avidéz de IgC para toxoplasmose no diagnóstico da infecção recente na gestação	Laboratório Municipal/CAS
Relato de experiência: Uma estratégia de vinculação precoce das gestantes ao pré-natal no Programa Mãe Curitiba	US Tancredo Neves/DS Portão
Prevenção do Câncer de Mama- Um desafio para a equipe do Programa Saúde da Família	US Família/DS Santa Felicidade
Perfil das gestantes da área de abrangência da Unidade de Saúde Moradias da Ordem	US Moradias da Ordem/DS Pinheirinho

FONTE: SMS/ CENTRO DE ESTUDOS EM SAÚDE (CES)

Quadro 15 - RELAÇÃO DE TRABALHOS APRESENTADOS PELA COORDENAÇÃO DO PROGRAMA MÃE CURITIBANA EM EVENTOS EXTERNOS - 1999-2004

ANO	TRABALHO	EVENTO/INSTITUIÇÃO	LOCAL
1999	"A importância do exame HIV na rotina do Pré-natal do Programa Mãe Curitibana"	XII Congresso Latino Americano de Doenças Sexualmente Transmissíveis	Curitiba
		VI Conferência Pan Americana de AIDS	Salvador-BA
2000	"Assistência a Gestante HIV+ no Programa Mãe Curitibana"	VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva	Salvador-BA
	"A importância do exame HIV na rotina do Pré-natal do Programa Mãe Curitibana"		
	"O Programa Mãe Curitibana"		
2001	"Realização da vasectomia em ambulatórios de Unidades Básicas de Saúde"- (premiado no âmbito do Componente II do Projeto REFORSUS, como experiência inovadora no SUS em 27/06/01)	Ministério da Saúde	Brasília
	"Programa Mãe Curitibana" (premiado entre os 20 melhores programas de 2001)	Programa de Gestão Pública e Cidadania da Fundação Getúlio Vargas (FGV)	
	"Prevalência de gestantes HIV positivo no Pré-natal da Rede Municipal de Saúde de Curitiba e Ações realizadas para diminuição de transmissão vertical"	Congresso Internacional ALIRH	Curitiba
2002	"Implantação da Vasectomia em Unidade de Saúde de Curitiba"	Congresso RedeUnida	Londrina
	"Programa Mãe Curitibana Avançando na Humanização da Assistência Materno-Infantil"		
2003	Poster Menção Honrosa- Programa Mãe Curitibana: Avançando na Humanização da Atenção Materno-infantil	V Congresso Nacional da Rede Unida- 1º Fórum Nacional de Rede em Saúde	Londrina
	"Avançando na Humanização da Atenção Materno-infantil" e "Vasectomia Ambulatorial em Unidades de Saúde de Curitiba"	VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (ABRASCO)	Curitiba
	Oficina de trabalho para avaliação do Projeto Nascer	Ministério da Saúde/ SMS	Curitiba
2004	O Taller de prevención de la transmisión vertical y atención al niño com HIV	Ministério de Salud Y De Portes- UNICEF	La Paz- Bolívia
	"Protocolo de Atenção à saúde do adolescente de Curitiba" e "Gravidez na Adolescência: uma estratégia possível e efetiva de redução"	IX Congresso Brasileiro de Adolescência	João Pessoa

FONTE: SMS/ Coordenação do Programa Mãe Curitibana

Por meio das afirmativas 13 e 14, buscou-se, ainda, identificar o modo e a frequência com que os profissionais que atuam no Programam Mãe Curitibana, nas US e Coordenação, têm tido acesso a conhecimentos relevantes para a operacionalização do programa, em material impresso ou em meio eletrônico, bem como, por meio de troca direta de conhecimentos, habilidades e experiências, entre os profissionais que atuam no programa.

O quadro 16 apresenta os percentuais de concordância obtidos para a afirmativa 13, relativa ao acesso a conhecimentos relevantes para a operacionalização do programa, em material impresso ou em meio eletrônico.

Quadro 16 - RESULTADOS DA AFIRMATIVA 13, RELACIONADA AO PROCESSO DE COMPARTILHAMENTO DE CONHECIMENTOS, POR GRUPO PESQUISADO - 2004

AFIRMATIVAS	UNIDADES DE SAÚDE		COORDENAÇÕES	
	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	MÉDIA	DESVIO PADRÃO
13) Os profissionais desta US que atuam no Programa Mãe Curitibana tem tido acesso, freqüentemente, a material impresso ou em meio eletrônico sobre temas relacionados ao programa, produzidos pela SMS ou outros órgãos	2,59	1,07	3,00	1,10

FONTE: Pesquisa de Campo

NOTA: ⁽¹⁾ escala Likert de 1 a 5 (sendo 1, concordo totalmente; 2, concordo parcialmente; 3, nem concordo/nem discordo; 4, discordo parcialmente; e, 5, discordo totalmente)

No que se refere à afirmativa 13, resultaram as médias de 2,59 (US) e 3,00 (Coordenações), sendo que no grupo de entrevistados das US prevaleceu o percentual dos que concordaram parcialmente, 62,5%, enquanto as respostas dos profissionais da Coordenação, ficaram distribuídas entre 50% que concordaram parcialmente e 50% que discordaram parcialmente.

Nos depoimentos, foi possível constatar que o acesso a conhecimentos relevantes para a operacionalização do programa vem ocorrendo, predominantemente, por meio da distribuição interna de documentos produzidos no âmbito do programa, tendo sido mais citados os seguintes materiais:

- protocolos do Programa Mãe Curitibana e memorandos contendo

alterações relativas aos mesmos, encaminhados pela Coordenação do programa às US;

- outros materiais relativos ao Programa, também encaminhados pela Coordenação do programa;
- materiais do Proama e CIMAMA, encaminhados às US;
- encarte da SMS contendo resumos dos trabalhos apresentados no Encontro de Saúde Coletiva.

Os dados apresentados demonstram que o acesso dos profissionais das US a conhecimentos relevantes para a operacionalização do programa, de modo geral, restringe-se a materiais impressos produzidos e encaminhados pela coordenação do programa. O acesso a conhecimentos em meio eletrônico (*internet* e *intranet*) ocorre com maior frequência pelos profissionais da Coordenação, no nível central, também disponível nos Distritos.

Em seus depoimentos, 62,5% dos profissionais das US comentaram sobre a relevância destas práticas, enfatizando a necessidade de expansão, com especial destaque para o acesso à *intranet*, conforme demonstram algumas citações:

Internet seria bom para esclarecer dúvidas pessoais... a intranet agilizaria o atendimento, a resolutividade em casos que não tenho segurança para proceder (Entr. 3, US);

Se tivesse acesso a revistas com artigos relacionados, daria argumentos para estar discutindo, por exemplo, para o enfermeiro estar tomando condutas adequadas ... (Entr. 10, US);

Poderia ter mais material científico mesmo para discussão interna internet para contato entre colegas, até nesta questão de estar discutindo casos... (Entr.16, US);

A medicina é sempre dinâmica ... poderia ter acesso a revistas de ginecologia, pelo menos brasileira internet para pesquisa, inclusive tempo para estudos... acesso aos relatórios do prontuário (feed-back) ... repercutiria no conhecimento do profissional, para auto-avaliação (Entr. 23, US);

Poderia ter mais material do MS. ... internet seria muito importante para pesquisa... ajudaria na troca de experiências e ampliação do conhecimento... facilitar o acesso e a ampliação do conhecimento ... (Entr. 24, US);

Seria importante pra trocar idéias, poderia conversar com outros médicos... agora, 5 anos depois estão trazendo um novo protocolo... (Entr. 27, US);

Pelo menos ter uma internet, uma fonte de pesquisa, além do protocolo... nós temos o protocolo, mas não temos volume para todos ... (Entr. 32, US).

De modo geral, os profissionais das US consideram que o acesso a material impresso e em meio eletrônico deveria ser mais freqüente e diversificado, assim como são unânimes quanto à relevância do acesso a conhecimentos via *internet* ou *intranet*. Acreditam que o acesso mais amplo poderia favorecer a ampliação de conhecimentos, bem como a troca de experiências entre colegas, no caso da *intranet*.

O Quadro 17 apresenta os percentuais de concordância obtidos para a afirmativa 14, relativa à participação freqüente dos profissionais das US em atividades voltadas ao compartilhamento de conhecimentos, habilidades e experiências relevantes para a operacionalização do Programa Mãe Curitibana, interna e externamente à SMS.

Quadro 17 - RESULTADOS DA AFIRMATIVA 14, RELACIONADA AO PROCESSO DE COMPARTILHAMENTO DE CONHECIMENTOS, POR GRUPO PESQUISADO - 2004

AFIRMATIVAS	UNIDADES DE SAÚDE		COORDENAÇÕES	
	MÉDIA ⁽¹⁾	DESVIO PADRÃO	MÉDIA ⁽¹⁾	DESVIO PADRÃO
14) Os profissionais desta US tem participado, freqüentemente, de atividades voltadas ao compartilhamento de conhecimentos, habilidades e experiências relevantes para a operacionalização do Programa Mãe Curitibana, interna e externamente à SMS	3,16	1,39	2,80	1,10

FONTE: Pesquisa de Campo

NOTA: ⁽¹⁾escala Likert de 1 a 5 (sendo 1, concordo totalmente; 2, concordo parcialmente; 3, nem concordo/nem discordo; 4, discordo parcialmente; e, 5, discordo totalmente)

No que se refere à afirmativa 14, foram obtidas as médias de 3,16 (US) e 2,80 (Coordenações). De acordo com o desvio padrão (1,39), as respostas do grupo das US, apresentaram uma maior dispersão, apresentando a seguinte distribuição: 43,8% que concordaram parcialmente, 21,9% que discordaram parcialmente e 25% que discordaram totalmente. No grupo de coordenadores, as respostas ficaram divididas entre a concordância parcial e a discordância parcial, 50% e 33,3%, respectivamente.

Conforme os depoimentos, a participação dos profissionais que atuam no programa em atividades voltadas ao compartilhamento de conhecimentos, habilidades e experiências vêm ocorrendo, também, com mais frequência, entre os profissionais que atuam na Coordenação do programa no nível central. Assim, de modo em geral, o compartilhamento de conhecimentos, habilidades e experiências, vem ocorrendo:

- mediante participação dos profissionais da Coordenação no nível central em eventos externos para apresentação de trabalhos produzidos no âmbito do Programa;
- entre os profissionais que atuam na Coordenação no nível central com os profissionais do Centro de Epidemiologia, Laboratório e Distritos Sanitários;
- de maneira informal, nas reuniões de equipe nas US;
- mediante participação dos profissionais das US nos treinamentos sobre os protocolos, organizados pela Coordenação no nível central;
- mediante participação de alguns profissionais das US em reuniões nos Distritos Sanitários: reuniões de autoridades sanitárias, reuniões de grupos de enfermagem, reuniões do Comitê de Mortalidade (médicos e enfermeiros).

De acordo com os comentários nas entrevistas, o tempo para estas atividades de compartilhamento de conhecimentos é bastante restrito no nível local, frente ao volume de trabalho nas US.

Ainda assim, 81,3% dos profissionais (US) reconhecem sua relevância e acreditam que poderiam trazer grandes contribuições para o programa, se realizadas com mais frequência. Em suas falas, estes profissionais enfatizam, especialmente, a possibilidade de troca de experiências e de acesso ao conhecimento especializado (*expertise*) de determinados colegas, destacando possíveis benefícios que poderiam advir destas práticas, destacando-se algumas citações:

Se ocorresse aquela proposta da "intenção do PROFAN" (curso que os médicos fizeram) que, em cada distrito ocorresse a formação de UDAs - grupos de apoio, de suporte, para esclarecer dúvidas, para elaborar propostas...era bem legal, ficou de ser feito, mas... se eu não tenho experiência como G.O. eu falaria com o colega... seria importante para melhorar a resolutividade... e houvesse mais homogeneidade de pensamento... (Entr.3, US);

Trocar experiências favorece encontrar soluções...poderia acontecer uma reunião mensal ou semestral organizada pela SMS, ou nos próprios treinamentos da SMS (Entr. 4, US) ;

Seria bom para o próprio desempenho no trabalho na US...para um maior envolvimento da equipe ... poderia ser melhor...eu acho que tem profissionais que tem bastante conhecimento mas não repassam para os demais, a médica aplica no trabalho dela, mas não repassa para os colegas... (Entr. 6, US);

A nível de Distrito poderia ter reuniões de enfermeiros... eu acho interessante, porque às vezes a gente fica quebrando a cabeça por uma coisa que o outro já descobriu e está deslanchando há muito tempo... mas não tem... (Entr. 10, US);

Poderia ter troca de experiências, por exemplo, entre médicos... discussão de casos, discussão coletiva...supervisão permanente, contato com profissional especializado, por internet ou telefone... (Entr. 19, US);

É importante que tivesse esse tipo de reunião, inclusive a nível de Distrito... a gente quer sentar para todos falarem a mesma língua... isto falta, por causa da demanda... planejamento então é muito difícil... a gente trabalha com a saúde das pessoas... faria diferença por que a gente trabalha em equipe... mas, o tempo sobrecarrega... (Entr. 22, US);

Poderia ser mais feito... poderia trocar com outras US e distritos... discutindo particularidades... aperfeiçoa a próprio programa... para adequar à cada região... agrega conhecimento para os profissionais.... (Entr. 23, US);

Poderia melhorar... alguns profissionais têm um conhecimento rico (...) serve para troca de experiências, enriquece o conhecimento... o que mais acontece de bom nas reuniões são os intervalos (Entr. 24, US);

Seria importante para a troca de informações com quem trabalha com o paciente... se eu tivesse mais tempo eu orientaria durante o atendimento (Entr. 27, US);

Seria importante... muitas vezes até tem estas reuniões à nível de distrito ou da secretaria, mas nem sempre os profissionais são liberados para participar... é sempre bom conversar, ver o que está sendo feito em outros lugares ... (Entr. 31, US);

Ainda, sobre a importância destas atividades, seguem citações de alguns coordenadores:

... Temos profissionais muito ricos e realmente a gente não consegue disponibilizar que todos participam ... (Entr. 33, Coord.);

... Faria diferença para o programa na qualidade e para incentivar os profissionais que trabalham (sua experiência é ouvida) (Entr. 35, Coord.);

... Sim ... acaba sendo importante, acho importante até porque situações que de repente o auxiliar de enfermagem está conversando lá com a mãe, se ele está com dúvida em algum tipo de informação, ele vai poder esclarecer a conversa com a equipe e poder realmente colaborar, para estar informando, posteriormente, a ela ... (Entr. 36, Coord.);

... Deveria ter um tutor por regional, e por especialidade... mas que esse tutor tivesse acesso à internet, esse tutor faria a atualização daquele jornalzinho semanal (jornalzinho eletrônico que eu falei anteriormente) enfim que fosse responsável pela intranet e disseminasse nessa intranet as atualizações, as novidades, talvez coordenasse as discussões... (Entr. 38, Coord.).

4.2.5.2 Análise dos resultados

De acordo com os dados apresentados, foram identificadas, ao longo do ciclo de vida do Programa Mãe Curitibana, diversas iniciativas relacionadas ao acesso a material impresso ou em meio eletrônico, bem como referentes à troca direta de conhecimentos, habilidades e experiências entre profissionais que atuam no programa, muito valorizadas pelos entrevistados. Entretanto, estas atividades também vêm ocorrendo com maior frequência no nível central, inclusive externamente à SMS.

Para Davenport e Prusak (1998a), em muitas organizações é comum reinventar a roda, concentrando esforços em resolver problemas que já foram solucionados, porém não foram compartilhados. Dentro deste contexto, o processo de compartilhamento tem como foco principal a ampla difusão do conhecimento dentro da organização, sendo apontado por Probst, Raub e Romhardt (2002) como condição prévia vital para transformar informações ou experiências isoladas em algo que toda a organização possa utilizar.

Nesta linha, depoimentos dos profissionais das US relativos ao modo e à frequência como as práticas de compartilhamento que estas atividades vêm sendo realizadas, tais como a falta de tempo e espaço para que possam ocorrer com maior frequência, remetem à possibilidade de expansão destas práticas no nível local, com vistas a favorecer a mais ampla disseminação de conhecimentos em todos os pontos da organização.

4.2.6 Processo de Aplicação do Conhecimento

Para caracterizar o processo de aplicação do conhecimento, buscou-se identificar iniciativas relacionadas à aplicação dos conhecimentos disponíveis em situações práticas, com vistas a gerar benefícios no âmbito do programa (STOLLENWERK, 2002; DAVENPORT e PRUSAK, 1998a e 1998b; PROBST, RAUB E ROMHARDT, 2002; CEPAL, 2002), baseando-se totalmente no levantamento de dados primários.

4.2.6.1 Apresentação dos dados

Por meio da afirmativa 15, buscou-se identificar o modo e a frequência com que os profissionais que atuam nas US têm aplicado conhecimentos, habilidades e experiências em situações práticas do programa, com vistas a produzir melhorias em sua operacionalização. O quadro 18, a seguir, apresenta os resultados relativos a esta afirmativa.

QUADRO 18 - RESULTADOS DA AFIRMATIVA 15, RELACIONADA AO PROCESSO DE APLICAÇÃO DO CONHECIMENTO, POR GRUPO PESQUISADO - 2004

AFIRMATIVAS	UNIDADES DE SAÚDE		COORDENAÇÕES	
	MÉDIA ⁽¹⁾	DESVIO PADRÃO	MÉDIA ⁽¹⁾	DESVIO PADRÃO
15- Conhecimentos, habilidades e experiências adquiridos e/ou produzidos pelos profissionais desta US no âmbito do Programa Mãe Curitibana, tem sido aplicados, freqüentemente, em situações práticas do Programa, com vistas à produzir melhorias em sua operacionalização	1,50	0,92	1,50	0,55

FONTE: Pesquisa de Campo

NOTA: ⁽¹⁾ escala Likert de 1 a 5 (sendo 1, concordo totalmente; 2, concordo parcialmente; 3, nem concordo/nem discordo; 4, discordo parcialmente; e, 5, discordo totalmente)

Conforme se observa no quadro, a média das respostas, dos profissionais das US e de Coordenação, ficou idêntica, 1,50. Entretanto, no grupo de profissionais das US predominou a concordância total de 68,8%; enquanto no grupo de coordenadores, as opiniões se dividiram com 50% para concordância parcial e 50% para discordância parcial.

De acordo com os depoimentos, a aplicação de conhecimentos, habilidades e experiências em situações práticas do programa vem ocorrendo, mediante:

- a utilização de conhecimentos e experiências adquiridos no atendimento ao público alvo do programa, citados por 40,6% dos entrevistados;
- o uso dos conhecimentos sobre fluxos e processos de trabalho, adquiridos por meio da participação nos treinamentos ou do acesso aos próprios protocolos.

De acordo com os comentários, tanto de profissionais das US quanto das Coordenações, conhecimentos relacionados aos fluxos e processos de trabalho, decorrentes dos protocolos do programa, por serem direcionados a operacionalização do programa, são aplicados quase que de imediato, a cada lançamento ou alteração no protocolo, assim como, a experiência adquirida no programa, ao longo dos anos.

As citações abaixo ilustram o modo como os conhecimentos vêm sendo aplicados:

Principalmente quando eles são capacitados... por exemplo, o enfermeiro e o médico, quando é treinado, adquire confiança e conhecimento técnico para atender melhor... (Entr. 4, US);

À medida que ... a própria aplicação do protocolo é uma melhoria... (Entr. 7, US);

É através dos conhecimentos que a gente faz com que o programa funcione... (Entr. 9, US);

Acho que sim... tudo o que a gente aprende de novo tem sido aproveitado... o que é adquirido tem sido utilizado, conforme se observa no dia-a-dia... o pouco que a gente recebe a gente tem aplicado... (Entr. 10, US);

As pessoas que estão trabalhando são hipereficientes no trabalho... basta olhar os indicadores de mortalidade materna... (Entr. 14, US);

Tudo o que foi colocado, foi praticado... (Entr. 16, US);

Vai melhorando o programa e abrindo a visão... no dia-a-dia, no atendimento à paciente, você se sente mais segura... (Entr. 17, US);

Tudo o que é colocado busca-se aplicar diante do que é possível na nossa realidade... em geral é possível ... (Entr. 20, US);

Isto a gente vai adquirindo experiências, vai aprendendo a trabalhar com o adolescente... os conhecimentos e experiências adquiridos ao longo do tempo vão, cada vez mais, ajudando o profissional no atendimento ... (Entr. 22, US);

Bastante ... eles tiveram dois módulos no programa e já estavam numa discussão acirrada e já usando no atendimento e trocando experiências ... (Entr. 24, US);

Comigo acontece... estou indo no curso e já estou aplicando ... (Entr. 27, US);

Depende do tipo de informação que chega e da pessoa que recebeu o treinamento... muitos mudam a rotina do dia para a noite ... (Entr. 28, US);

Desde que eu me aprofundei no Programa Mãe Curitibana eu tenho maior capacidade... ajuda diretamente no tratamento do paciente, inclusive no relacionamento com o próprio médico... (Entr. 30, US);

Por outro lado, foram ressaltadas algumas limitações à aplicação de conhecimentos, habilidades e experiências adquiridas no âmbito do programa, tais como: a acentuada rotatividade dos funcionários, dificuldades inerentes à aplicação de conteúdos teóricos na prática, e dificuldades de entendimento da população atendida.

4.2.6.2 Análise dos resultados

Com base nos dados apresentados, relativos ao processo de aplicação do conhecimento, verifica-se especificamente no nível local, onde se concentra o atendimento ao público alvo do programa, a utilização de conhecimentos e experiências em situações práticas do Programa Mãe Curitibana.

Contudo, a constatação de que este processo vem sendo determinado, quase que exclusivamente pelos conhecimentos adquiridos por meio dos treinamentos sobre os protocolos (processo de aquisição de conhecimento), parece refletir o potencial ainda inexplorado dos demais processos de GC investigados, reforçando as possibilidades de aperfeiçoamento das práticas de identificação, aquisição, produção, sistematização e compartilhamento do conhecimento, pelas possíveis repercussões sobre o processo de aplicação.

Neste sentido, merecem destaque, dentre as diversas possibilidades de aperfeiçoamento das práticas de GC, as relacionadas às práticas de identificação do conhecimento (identificação das competências críticas/áreas de conhecimento, das lacunas de competências e das fontes de conhecimento), no sentido de fornecer o foco para o planejamento das práticas de aquisição, produção, sistematização e compartilhamento de conhecimento e, conseqüentemente, favorecer a aplicação de conhecimentos, com vistas a gerar benefícios no âmbito do Programa Mãe Curitibana.

4.2.7 Síntese dos Resultados

Por meio da pesquisa, foi possível constatar um volume significativo de práticas não formalizadas relacionadas aos processos de identificação, aquisição, produção, sistematização, compartilhamento e aplicação do conhecimento, desenvolvidas ao longo do ciclo de vida do Programa Mãe Curitibana, bastante valorizadas pelos entrevistados.

Contudo, com base na fundamentação teórico-empírica, utilizada como referência para a caracterização destes processos de Gestão do Conhecimento, verificou-se que nem todas as práticas investigadas são realizadas no âmbito do programa, ou mesmo quando realizadas, nem sempre acontecem de acordo com o previsto. Além disso, verificou-se que, de modo geral, não ocorre o necessário alinhamento dos processos de aquisição, produção, sistematização, compartilhamento e aplicação do conhecimento ao processo de identificação do conhecimento, o que resulta na fragmentação destas práticas.

O modo e a frequência com que estas práticas são realizadas parecem refletir-se no processo de aplicação do conhecimento que, de acordo com os dados levantados, baseia-se quase que exclusivamente nos conhecimentos adquiridos por meio dos treinamentos sobre os protocolos (processo de aquisição de conhecimento), o que pode estar restringindo as contribuições dos processos de GC para a geração de benefícios no âmbito do programa.

Por outro lado, ao longo da pesquisa, são identificadas diversas possibilidades de aperfeiçoamento dos processos de GC, sintetizadas no quadro a seguir (Quadro 19), que demonstram o potencial ainda inexplorado das práticas de identificação, aquisição, produção, sistematização e compartilhamento do conhecimento, no sentido de favorecer o processo de aplicação do conhecimento e, conseqüentemente a geração de benefícios, no âmbito do Programa Mãe Curitibana.

Quadro 19 - POSSIBILIDADES DE APERFEIÇOAMENTO DOS PROCESSOS / PRÁTICAS DE GC NO PROGRAMA MÃE CURITIBANA

PROCESSOS DE GC	POSSIBILIDADES DE APERFEIÇOAMENTO
Identificação	Aperfeiçoamento da forma como são definidas as atribuições e áreas de conhecimento do programa, identificando-se as competências críticas e as áreas de conhecimento que as sustentam (com base nos objetivos estratégicos do programa, bastante conhecidos por todos);
	Ampliação da consulta aos profissionais das USs, para identificação conjunta de suas demandas de capacitação ou lacunas de competências, mediante identificação prévia das competências críticas/áreas de conhecimento;
	Identificação e divulgação sistemática das fontes internas e externas, associadas às competências críticas/áreas de conhecimento, com vistas a facilitar o acesso as mesmas.
Aquisição	Expansão da quantidade e da cobertura dos cursos e treinamentos já realizados, para outras categorias, em especial, para auxiliares de enfermagem.
Produção	Expansão da produção de estudos e análises já realizados no âmbito do Programa, sobretudo no nível local, mediante maior envolvimento dos profissionais que atuam nas USs.
Sistematização	Ampliação das práticas voltadas ao registro de conhecimentos e experiências, sobretudo no nível local, mediante maior do envolvimento dos profissionais das USs.
Compartilhamento	Ampliação do acesso do profissionais das USs a material impresso e/ou em meio eletrônico; bem, como maior envolvimento em atividades para troca direta de conhecimentos entre profissionais que atuam no programa nos nível central, distrital e local.
Aplicação	Expansão das práticas de aplicação, mediante ampliação e diversificação das práticas de identificação, aquisição, produção, sistematização e compartilhamento de conhecimento, conforme possibilidades explicitadas anteriormente.

FONTE: elaborado pela autora com base na pesquisa de campo

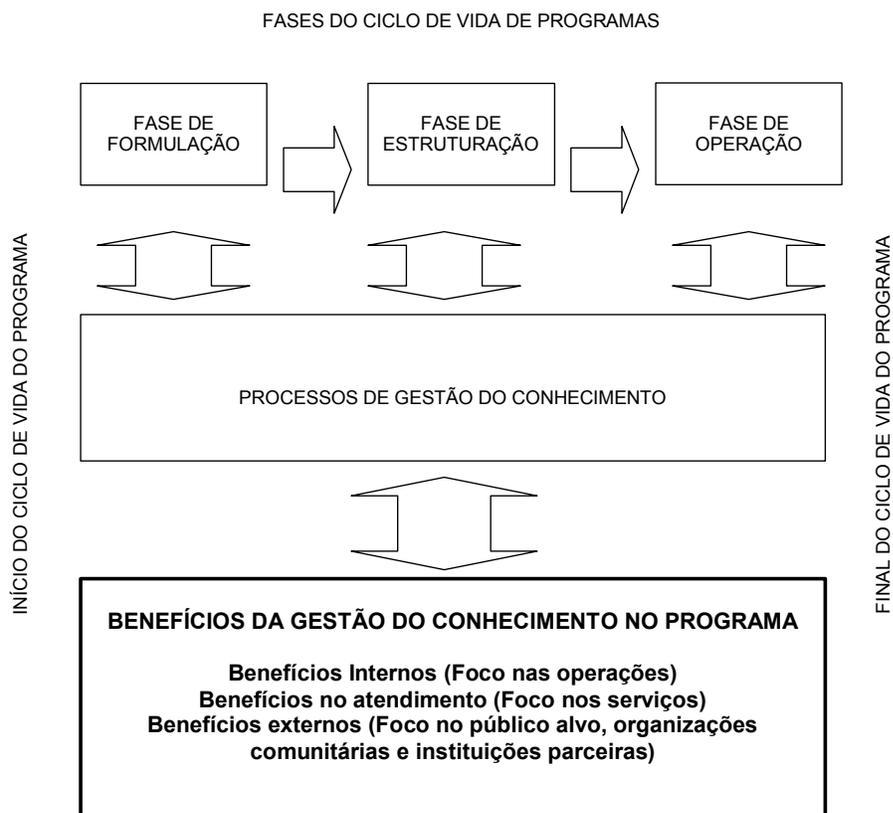
Nesta seção do trabalho, foi apresentado o modo como os processos não formalizados de Gestão do Conhecimento vêm sendo praticados nas diferentes fases do ciclo de vida do Programa Mãe Curitibana, na Secretaria Municipal da Saúde. Na seção seguinte, são apresentados e analisados os dados coletados com vistas a verificar se estes processos não formalizados de GC, praticados no âmbito do programa em estudo, vêm contribuindo para a geração de benefícios neste programa.

4.3 CONTRIBUIÇÕES DOS PROCESSOS DE GESTÃO DO CONHECIMENTO PARA A GERAÇÃO DE BENEFÍCIOS NO PROGRAMA MÃE CURITIBANA

Conforme explicitado na metodologia da pesquisa, página 65, a identificação de possíveis contribuições dos processos não formalizados de Gestão do Conhecimento para a geração de benefícios no âmbito do Programa Mãe Curitibana, foi realizada com base no levantamento dos dados primários, que fundamentou-se nos conceitos explicitados no Quadro 4 – BENEFÍCIOS INTERMEDIÁRIOS DOS PROCESSOS DE GESTÃO DO CONHECIMENTO.

Na Figura 12 a seguir, o foco deste capítulo apresenta-se em destaque no modelo conceitual da presente pesquisa, apresentado na Fundamentação Teórico-Empírica, página 60.

Figura 12 – MODELO CONCEITUAL DA PESQUISA (ÊNFASE AOS BENEFÍCIOS DA GC)



FONTE: elaborado pela autora

No tópico anterior, que tratou da caracterização dos processos de GC no programa em estudo, por meio do Quadro 1 do formulário de pesquisa (ANEXOS V e VI), foi identificado o grau de concordância/discordância dos entrevistados quanto às afirmativas relacionadas aos processos não formalizados de Gestão do Conhecimento praticados na fase de operação do programa. Além das respostas à Escala Likert, foram solicitadas aos entrevistados informações sobre o modo e frequência com que vêm sendo praticadas, assim como suas impressões a respeito.

Utilizando como referência estas informações levantadas no Quadro 1 do formulário de pesquisa, buscou-se no Quadro 2, também por meio de afirmativas (ANEXOS V e VI), identificar o grau de concordância/discordância dos entrevistados quanto às contribuições dos processos não formalizados de GC para a geração de benefícios para o programa Mãe Curitibana. Foram levantadas, também, durante os depoimentos, informações relativas à forma como ocorrem estas contribuições.

Importante ressaltar a vinculação entre os 2 (dois) quadros, no sentido de que o grau de concordância/discordância referentes às afirmativas relacionadas aos processos de Gestão do Conhecimento constantes no Quadro 2, associa-se diretamente às informações levantadas no Quadro 1, sobre o modo como estes processos/práticas vêm ocorrendo, sua relevância e possibilidades de aperfeiçoamento (ANEXOS V e VI).

Na fundamentação teórica, foram abordados os diferentes tipos de benefícios que podem resultar de atividades de Gestão do Conhecimento. Para Wiig (2004), atividades de GC podem gerar três tipos de benefícios: diretos, intermediários e finais. Os benefícios diretos abrangem os efeitos mais imediatos das atividades de GC na organização, tais como o acesso mais fácil aos conhecimentos ou a ampliação do compartilhamento. Os efeitos intermediários demonstram o desdobramento e a repercussão destas atividades nos processos de trabalho, nos produtos e serviços, bem como no ambiente externo à organização; enquanto os benefícios finais remetem a efeitos relacionados às metas estratégicas da organização, tais como lucratividade, imagem de mercado, dentre outros.

Conforme explicitado na metodologia da pesquisa, a investigação sobre contribuições dos processos de GC para a geração de benefícios no Programa Mãe Curitibana concentrou-se nos benefícios intermediários, que se subdividem em:

- Benefícios e Efeitos Internos (Foco na Operação);
- Benefícios no Atendimento (Foco na prestação dos serviços);
- Benefícios e Efeitos externos (Foco no público alvo, organizações comunitárias e instituições parceiras).

A seguir, serão apresentados os resultados da coleta de dados primários, levantados por meio das entrevistas semi-estruturadas, junto aos profissionais das US e Coordenações, de acordo com o tipo de benefícios.

4.3.1 Benefícios e Efeitos Internos (Foco nas Operações)

A identificação de contribuições dos processos não formalizados de GC, para a geração de benefícios internos no âmbito do Programa Mãe Curitibana, foi realizada por meio de 3 (três) afirmativas relacionadas a: melhoria no desempenho dos profissionais que atuam no programa, melhoria nos fluxos e processos de trabalho do programa, e melhoria no processo de tomada de decisão.

Os resultados obtidos para estas afirmativas estão demonstrados no Quadro 20.

Quadro 20 - RESULTADOS DAS AFIRMATIVAS RELACIONADAS ÀS CONTRIBUIÇÕES DOS PROCESSOS DE GC PARA A GERAÇÃO DE BENEFÍCIOS INTERNOS NO PROGRAMA MÃE CURITIBANA, POR GRUPO PESQUISADO - 2004

AFIRMATIVAS	UNIDADES DE SAÚDE		COORDENAÇÕES	
	MÉDIA ⁽¹⁾	DESVIO PADRÃO	MÉDIA ⁽¹⁾	DESVIO PADRÃO
16) Tem contribuído, significativamente, para melhorar o desempenho dos profissionais que atuam no Programa Mãe Curitibana nesta US	2,30	0,79	1,83	0,41
17) Tem contribuído, significativamente, para melhorar os fluxos e processos de trabalho do Programa Mãe Curitibana nesta US	2,03	0,76	1,50	0,55
18) Tem contribuído, significativamente, para melhorar o processo de tomada de decisão e de implementação de ações no Programa Mãe Curitibana nesta US	2,20	0,76	2,00	1,10

FONTE: Pesquisa de Campo

NOTA: ⁽¹⁾Escala Likert de 1 a 5 (sendo 1, concordo totalmente; 2, concordo parcialmente; 3, nem concordo/nem discordo; 4, discordo parcialmente; e 5, discordo totalmente)

No que se refere à afirmativa 16, que trata das contribuições dos processos não formalizados de GC para a geração de melhorias no desempenho dos profissionais que atuam no Programa Mãe Curitibana, foram obtidas as médias 2,30 (US) e 1,83 (Coordenações), que refletem o predomínio da concordância parcial em relação à afirmativa, por 75% dos profissionais que atuam nas USs e 83,3% dos que atuam na Coordenação.

Em seus depoimentos, os profissionais esclarecem que a contribuição das atividades relacionadas aos processos de GC para a melhoria do desempenho no âmbito do programa ocorre em função da ampliação dos conhecimentos decorrente das referidas atividades, que repercute diretamente no preparo do profissional para o desempenho de suas funções.

As citações, a seguir, ilustram o modo como ocorrem estas contribuições:

... uma das coisas que contribui é a atualização... (Entr. 06, US)

Pela padronização de fluxos, até pelo curso que está tendo... quando as pessoas começam a repensar os procedimentos, maior comprometimento...instiga questionamentos....as pessoas saem do comodismo.... (Entr. 10, US)

Com certeza, parcialmente, porque a gente falou da questão do acesso a outros tipos de trabalho, né... da troca, deles poderem estar mais perto..... contribui porque os médicos... tudo o que eles colocam no treinamento, eles procuram reproduzir na prática... então, eu acho assim, que isto facilita bastante... (Entr. 20, US)

Melhora o nível de conhecimento e qualidade do atendimento... (Entr. 24, US)

Você trabalha melhor se tem maiores informações, se está mais atualizado ... (Entr. 31, US)

Quando participo destas ações melhora o conhecimento, a informação, desperta o interesse, desperta para coisas que estavam obscuras... (Entr. 32, US)

Na questão do olho crítico para olhar o paciente, não só como um caso, mas inserido na sociedade, mais seguros no trabalho com a gestante, não só no atendimento, mas no encaminhamento...quando você tem um protocolo é muito mais seguro... dá um respaldo, tranquilidade...(Entr. 33, Coord.)

Concordo parcialmente. Acho que, o que mais contribui são os treinamentos e as atualizações, porque as pessoas só mudam a forma de pensar, mudam a forma de ver as coisas, mudam a forma de tratar, são orientações muito práticas... (Entr. 38, Coord.)

No tocante à afirmativa 17, relativa às contribuições dos processos não formalizados de GC para a geração de melhorias nos fluxos e processos de trabalho

do programa, foram obtidas as médias 2,03 (US) e 1,50 (Coordenações), com predomínio da concordância parcial em relação à afirmativa, por 68,8% dos profissionais que atuam nas US. No grupo de Coordenação, as opiniões variaram entre a concordância parcial, 50%, e a concordância total, 50%.

De acordo com os entrevistados, a contribuição para a melhoria nos fluxos e processos de trabalho decorre, principalmente, da aquisição de conhecimentos relacionados aos protocolos do programa. Segundo os depoimentos, os treinamentos e o acesso aos próprios protocolos exercem impacto direto sobre os fluxos e processos de trabalho, conforme se observa em algumas citações:

... a capacitação do protocolo ajuda bastante a como você aplicar na US (Entr. 06, US)

... a discussão dos protocolos, ter conhecimento, com certeza, o fluxo se torna mais fácil... você consegue tocar o programa mais abertamente com a equipe... (Entr. 16, US)

... conforme as alterações do protocolo e treinamentos vai melhorando os fluxos... (Entr. 17, US)

... melhora o conhecimento, melhora o processo de trabalho (Entr. 19, US)

... porque é muito claro na questão do fluxo... (Entr. 33, Coord.)

... porque ficam mais claros, eu tenho a que recorrer... (Entr. 34, Coord.)

Quanto às contribuições dos processos não formalizados de GC para a geração de melhorias no processo de tomada de decisão e de implementação de ações no âmbito do programa (afirmativa 18), foram obtidas as médias 2,20 (US) e 2,00 (Coordenações), com predomínio da concordância parcial em relação à afirmativa, por 75% dos profissionais que atuam nas US, e 50% do grupo de Coordenação. No grupo de Coordenação observou-se, novamente, certa dispersão nas opiniões.

Para os entrevistados, as atividades relacionadas aos processos de GC vêm contribuindo para a geração de melhorias no processo de tomada de decisão e de implementação de ações no âmbito do programa, à medida que a ampliação de conhecimentos repercute na segurança, na prontidão em realizar o trabalho.

Neste sentido, seguem algumas citações:

Vai se sentir mais seguro, mais capacitado tecnicamente...(Entr. 04, US)

... em situações de encaminhamento de emergência da gestante para a maternidade, as auxiliares sabem o que fazer... (Entr. 06, US)

... dá mais subsídio... nesta segunda fase do treinamento está dando mais base... está mais completo do que antes... até para a nova consulta de enfermagem... sem este treinamento, ia ficar bem mais complicado... então vai facilitar... (Entr. 10, US)

... totalmente, se teve um curso, discussão técnica a respeito de algum problema e isto apareceu para você aqui, é claro que você vai estar desenvolvendo a atividade com muito mais segurança, muito mais rapidez... (Entr. 16, US)

Se tem melhor preparo, dá mais segurança... (Entr. 24, US)

Em função da própria atualização, estar visualizando aquilo, conversando com outros profissionais, você não vai ficar em dúvida... (Entr. 31, US)

... faz com que as pessoas amadureçam, deixa ela mais segura, mais preparada, sente mais amparada... (Entr. 34, Coord.)

4.3.2 Benefícios na Prestação dos Serviços (Foco no Atendimento)

Para identificar as contribuições dos processos não estruturados de GC para a geração de benefícios no atendimento, foram utilizadas três afirmativas relacionadas a melhorias: na adequação dos serviços às necessidades do público alvo, na agilidade na prestação dos serviços ao público alvo, na qualidade na prestação dos serviços.

Os resultados obtidos para estas afirmativas estão demonstrados no Quadro 21.

Quadro 21 - RESULTADOS DAS AFIRMATIVAS RELACIONADAS ÀS CONTRIBUIÇÕES DOS PROCESSOS DE GC PARA A GERAÇÃO DE BENEFÍCIOS NO ATENDIMENTO, NO PROGRAMA MÃE CURITIBANA, POR GRUPO PESQUISADO- 2004

AFIRMATIVAS	UNIDADES DE SAÚDE		COORDENAÇÕES	
	MÉDIA ⁽¹⁾	DESVIO PADRÃO	MÉDIA ⁽¹⁾	DESVIO PADRÃO
19) Tem contribuído, significativamente, para melhorar a adequação dos serviços às necessidades do público alvo do Programa Mãe Curitibana nesta US	2,23	0,97	2,17	0,98
20) Tem contribuído, significativamente, para aumentar a agilidade no atendimento ao público alvo do Programa Mãe Curitibana nesta US	2,03	0,87	2,83	1,47
21) Tem contribuído, significativamente, para melhorar a qualidade do atendimento ao público alvo do Programa Mãe Curitibana nesta US	2,17	0,79	1,83	0,41

FONTE: Pesquisa de Campo

NOTA: ⁽¹⁾Escala Likert de 1 a 5 (sendo 1, concordo totalmente; 2, concordo parcialmente; 3, nem concordo/nem discordo; 4, discordo parcialmente; e 5, discordo totalmente)

No que se refere às contribuições dos processos não formalizados de GC para a geração de melhorias na adequação dos serviços às necessidades do público alvo do programa (afirmativa 19), foram obtidas as médias 2,23 (US) e 2,17 (Coordenações), com predomínio da concordância parcial em relação à afirmativa, por 65,6% dos profissionais que atuam nas US, e 66,7% no grupo de Coordenação.

De acordo com os depoimentos, conhecimentos adquiridos sobre os protocolos do programa, e, sobretudo, conhecimentos a respeito do público alvo e da realidade local, repercutem na geração de melhorias na adequação dos serviços às necessidades do público alvo do programa, conforme pode se observar nas citações:

... você conhecendo a área, a tua população, as dificuldades, até de entendimento da tua clientela, você conhecendo o nível social, tudo mais, você vai estar de repente conseguindo chegar mais próxima a tua informação a este usuário, vai estar facilitando o programa, de acordo com a clientela... então, você tem que realmente saber com que tipo de comunidade você está trabalhando... (Entr.16, US)

Existe sempre uma preocupação de levar em conta o perfil da população local... a nível local o pessoal está com o pé fincado na realidade, conhece a sua cliente... (...) (Entr. 20, US)

Não é tanto o protocolo, mais pelo envolvimento com o trabalho da US, estudos e troca de experiência... (Entr. 33, Coord.)

Quando a pessoa conhece mais os dados, mais a forma como a população vive, ela consegue colocar o conhecimento mais em prática... (Entr. 34, Coord.)

Eu melhoro quando eu tenho resultado, e com o resultado eu faço adequação do meu foco... de acordo com a realidade local... a epidemia (epidemiologia) mostra as particularidades... (Entr. 37, Coord.)

Com relação às contribuições dos processos não formalizados de GC para a geração de melhorias relacionadas à agilidade no atendimento (afirmativa 20), foram obtidas as médias 2,08 (US) e 2,20 (Coordenações), com predomínio da concordância parcial em relação à afirmativa, de 50% dos profissionais que atuam nas US. No grupo de Coordenações, as opiniões variaram entre a concordância parcial, 33,3%, e o nem concordo/ nem discordo, 33,3%.

Merece destaque, ainda, no tocante à agilidade, o percentual de profissionais que optaram pela resposta *não sei*, 21,9% dos profissionais de US e 16,7% dos profissionais da Coordenação, para os quais a agilidade no atendimento não guarda nenhuma relação com as atividades em estudo.

Ainda assim, de acordo com os depoimentos, as atividades relacionadas aos processos de GC contribuem para melhorar a agilidade no atendimento, à medida que a ampliação de conhecimentos, especialmente sobre os fluxos e processos de trabalho, repercute diretamente na agilidade, conforme ilustram algumas citações:

... sim, na tomada de decisão, na captação das gestantes... todo mundo sabendo o que fazer fica mais ágil as coisas... (Entr. 04, US)

... porque tendo mais conhecimento, você age mais rápido... (Entr. 06, US)

... o conhecimento traz agilidade (Entr. 08, US)

... uma pessoa com mais bagagem teórico-prática, muito mais segurança profissional, né... muito mais facilmente ele vai tomar decisões, vai ser mais ágil... (Entr. 16, US)

... com certeza, porque à medida que ele está sendo bem treinado que ele tem mais informação, e os fluxos estão bem claros, está tudo organizado de uma forma bem... é claro que fica mais ágil... (Entr. 20, US)

(...) ... o profissional melhor preparado sabe exatamente como agir... o paciente não precisa esperar... (Entr. 24, US)

Quanto às contribuições dos processos não formalizados de GC para a geração de melhorias relacionadas à qualidade no atendimento, foram obtidas as

médias 2,17 (US) e 1,83 (Coordenações), com predomínio da concordância parcial em relação à afirmativa, de 71,9% dos profissionais que atuam nas US, e 83,3% do grupo de Coordenação.

As contribuições das atividades relacionadas aos processos de GC sobre a qualidade no atendimento (afirmativa 21), segundo os entrevistados, são determinadas também pela ampliação dos conhecimentos decorrente destas práticas, que exercem impacto direto sobre a qualidade do atendimento. Algumas citações ilustram esta questão:

... tendo subsídio, tendo argumento, com certeza a qualidade vai melhorar... (Entr. 10, US)

... quando você busca o conhecimento, por exemplo, o protocolo já tem uma história, por exemplo, a toxoplasmose, o RH, o HIV, tudo em cima de casos, embasamento, dados científicos comprovados (atual e comprovado)... porque quando você estuda mais... você está buscando qualidade no atendimento... (Entr.20)

... .pelo próprio conhecimento... quanto mais experiência , melhora a qualidade... (Entr. 20, US)

... quem vai e volta do treinamento repercute de qualquer maneira na qualidade... (Entr. 32, US)

... quanto mais momentos de treinamentos maior qualidade... mesmo pelo protocolo...(Entr. 33, Coord.)

... quanto mais aprender e conhecer vai melhorar a qualidade... a capacitação técnica, a sensibilização, até algumas questões de envolver a comunidade... (Entr. 35, Coord.)

4.3.3 Benefícios e Reações Externos (Foco no Público Alvo, Instituições Parceiras e Organizações Comunitárias)

A identificação de contribuições dos processos não formalizados de GC, para a geração de benefícios internos para o programa, baseou-se em 3 (três) afirmativas relacionadas a melhorias: na adesão do público alvo ao programa (acesso e permanência), na satisfação do público alvo com os serviços prestados, no reconhecimento do programa pelas Instituições Parceiras e Organizações Comunitárias.

Os resultados obtidos para estas afirmativas estão demonstrados no Quadro 22.

Quadro 22 - RESULTADOS DAS AFIRMATIVAS RELACIONADAS ÀS CONTRIBUIÇÕES DOS PROCESSOS DE GC PARA A GERAÇÃO DE BENEFÍCIOS EXTERNOS, NO PROGRAMA MÃE CURITIBANA, POR GRUPO PESQUISADO- 2004

AFIRMATIVAS	UNIDADES DE SAÚDE		COORDENAÇÕES	
	MÉDIA ⁽¹⁾	DESVIO PADRÃO	MÉDIA ⁽¹⁾	DESVIO PADRÃO
22) Tem contribuído, significativamente, para ampliar a adesão do público alvo (acesso e permanência) ao Programa Mãe Curitibana nesta US	2,41	1,09	2,33	0,52
23) Tem contribuído, significativamente, para aumentar a satisfação do público alvo com os serviços prestados no Programa Mãe Curitibana nesta US	2,30	1,02	1,67	0,52
24) Tem contribuído, significativamente, para aumentar o reconhecimento do Programa Mãe Curitibana pelas instituições parceiras e organizações comunitárias, no âmbito desta US	2,21	0,77	1,83	0,41

FONTE: Pesquisa de Campo

NOTA: ⁽¹⁾Escala Likert de 1 a 5 (sendo 1, concordo totalmente; 2, concordo parcialmente; 3, nem concordo/nem discordo; 4, discordo parcialmente; e 5, discordo totalmente)

Com relação às contribuições dos processos não formalizados de GC para a ampliação da adesão (acesso e permanência) do público alvo ao programa (afirmativa 22), foram obtidas as médias 2,41 (US) e 2,33 (Coordenações), com um predomínio de concordância parcial no grupo de coordenadores, de 66,7%. No grupo de profissionais das US houve um predomínio da concordância parcial, 50,0%, observando-se, ainda, uma alta dispersão nas respostas.

Em especial nesta questão, merecem destaque os percentuais de resposta à opção nem concordo/nem discordo, 33,3% dos profissionais que atuam na coordenação e 12,5% dos profissionais que atuam nas US, os quais refletem a ausência de opinião formada a respeito dos impactos das atividades relacionadas à GC na adesão do público alvo. As dúvidas quanto a esta questão decorrem, principalmente, do fato de a adesão ser compulsória, ou seja, para ter garantia da maternidade para fazer o parto, a gestante deve vincular-se e manter-se no programa. Contudo, independentemente deste fato, a maioria dos profissionais manteve a opinião de que as atividades em estudo contribuem para a adesão, como um dos componentes.

De acordo com os entrevistados, as atividades relacionadas aos processos de GC vêm contribuindo para a ampliação da adesão (acesso e permanência) do público alvo ao programa, à medida que favorecem a ampliação de conhecimentos e a conseqüente melhoria no preparo dos profissionais, conforme demonstram algumas citações:

Quando a gestante vai entrar no programa... se o profissional sabe tudo, isso afeta a adesão... se o profissional não sabe, ela sai do programa... o modo como atende, como faz a oficina... (Entr. 08, US)

Se você tiver um atendimento que a tua paciente acha adequado, a paciente permanece no programa(...)... existem algumas pacientes que procuram trocar de médico na US ... as vezes, tentar fazer o pré-natal em outra US por causa do atendimento médico... (Entr. 11, US)

Ele tendo um profissional melhor preparado, ele sabe, ele é crítico, ele sabe avaliar o conhecimento, a habilidade do profissional... transmite segurança, humanização... (Entr. 24, US)

Reflete na segurança da paciente, na confiabilidade, na relação que estabelece com os profissionais da US... (Entr. 32, US)

... a qualidade faz a adesão... tem pessoas que tem plano de saúde que preferem a US (Entr. 35, Coord.)

... acaba sendo porque a partir do momento que ele se sentir qualificado (o funcionário), ele vai ter realmente condições de estar repassando informações para esse usuário, fazendo com que ele mantenha-se aderido ao programa... (Entr. 36, Coord.)

No que se refere às contribuições dos processos não formalizados de GC para a geração de melhorias na satisfação do público alvo (afirmativa 23), foram obtidas as médias 2,30 (US) e 1,67 (Coordenações), com um predomínio de concordância parcial no grupo de coordenadores, de 66,7%. No grupo de profissionais das US também predominou a concordância parcial, 62,5%, contudo, novamente, observou-se uma certa dispersão nas respostas.

Para os entrevistados, as atividades relacionadas aos processos de GC vêm contribuindo para a geração de melhorias na satisfação do público alvo, em virtude de que contribuem para a ampliação dos conhecimentos, que se reflete no preparo dos profissionais, gerando maior satisfação. Esta questão é retratada em algumas citações:

... através do conhecimento mesmo, por exemplo, nas oficinas de gestantes, você coloca pautas, em cada oficina, você discute um assunto...e você tendo um profissional preparado, né, tecnicamente e teoricamente, tendo segurança do que está fazendo...com certeza ele aumenta a satisfação do usuário (Entr. 16, US)

... pela minha experiência com as minhas pacientes... retornam dizendo que foram bem atendidas... nas oficinas de gestante (...) a gente tem que estar sempre informando.. (Entr. 22, US)

... quanto mais a gente sabe e se sente mais seguro, o usuário se sente mais satisfeito... Entr. 26, US)

... porque se eu (gestante) tenho um serviço na minha área e o serviço é prestado com qualidade estou bem assistida... se o profissional conhece a área, sabe da tua realidade, você percebe que ele não é uma pessoa isolada, no consultório... quanto mais conhecimento, repercute na satisfação... (Entr. 33, Coord.)

... (...) concordo, acho que você tenta passar através de todo esse trabalho um nível de segurança na assistência, tanto no pré-natal, quanto no parto, quanto no puerpério... (Entr. 37, Coord.)

No que se refere às contribuições dos processos não formalizados de GC para aumentar o reconhecimento do Programa Mãe Curitibana pelas instituições parceiras e organizações comunitárias (afirmativa 24), foram obtidas as médias 2,21 (US) e 1,83 (Coordenações), com um predomínio de concordância parcial nos dois grupos, 71,8% e 83,3%, respectivamente.

De acordo com os depoimentos dos profissionais, as atividades relacionadas aos processos de GC vêm contribuindo para aumentar o reconhecimento do Programa Mãe Curitibana pelas instituições parceiras e organizações comunitárias, à medida que os conhecimentos adquiridos por meio destas práticas repercutem claramente nas maternidades parceiras e nas organizações comunitárias, conforme se observa a seguir:

... sempre uma coisa puxa a outra...se existe um bom preparo no posto, vai repercutir na maternidade... se ele (o profissional da maternidade) conhece bem o programa, ele vê pela carteirinha... na comunidade é melhor...eles percebem, no caso, quando há resolutividade... (Entr. 03, US)

... dá para perceber lá (na maternidade) pelo conhecimento da gestante, bem orientada, da qualidade de como ela chega lá, como ela foi conduzida... na comunidade, através das queixas e sugestões... (Entr. 32, US)

... se você fez um pré-natal ou acompanhamento correto, isto repercute na maternidade... quanto maior for o envolvimento profissional, o conhecimento técnico, do fluxo, melhor vai ser... na comunidade, porque os representantes são a voz da comunidade, vê pela satisfação do conselho... (Entr. 33, Coord.)

... na maternidade, tudo bate na questão da qualidade... ele sabe se você mandar qualquer questão básica, porque o profissional não deu conta... na comunidade, a qualidade pela resolutividade, acompanham as taxas, número de reclamações... (Entr. 35, Coord.)

4.3.4 Análise dos resultados

Ao longo dos depoimentos sobre as afirmativas relacionadas às contribuições das práticas de GC para a geração de *benefícios intermediários* no âmbito do Programa Mãe Curitibana, investigadas por meio do Quadro 2 (dois) do formulário de pesquisa (ANEXOS V e VI), houve um predomínio do percentual de concordância parcial, observando-se uma tendência à valorização das atividades de GC já praticadas.

Observa-se, ainda, que, enquanto no grupo de coordenadores há certa concentração nas respostas, as opiniões dos profissionais das US apresentam maior variabilidade entre as opções na escala, refletindo a diversidade de opiniões dentro do grupo quanto às contribuições dos processos não formalizados de GC, da forma como vêm ocorrendo atualmente. Também, no grupo de profissionais das US, verifica-se maior frequência nas respostas discordantes, praticamente inexistentes no grupo de coordenadores.

Contudo, em seus depoimentos, tanto os profissionais de Unidades de Saúde quanto os de Coordenações enfatizaram as possibilidades de aperfeiçoamento das atividades não formalizadas de GC, discutidas a partir das afirmativas constantes no Quadro 1 (um) do formulário (ANEXOS V e VI), como uma condição para que houvesse uma concordância total em relação às afirmativas constantes no Quadro 2 (dois) do mesmo formulário, referentes às contribuições destas práticas para a geração de *benefícios intermediários*, no âmbito do Programa Mãe Curitibana.

Neste sentido, ao tecerem comentários sobre seu grau de concordância/discordância em relação às afirmativas do Quadro 2 (ANEXOS V e VI), foram destacadas, em especial, algumas práticas relativas aos processos de *aquisição, produção e compartilhamento de conhecimentos*, que poderiam trazer maiores contribuições.

No que se refere ao processo de aquisição de conhecimentos, em seus depoimentos, novamente, os profissionais enfatizaram a necessidade de expansão dos treinamentos e dos momentos de repasse de conhecimentos, em especial, quando se referiam às contribuições dos processos de GC para a obtenção de

melhorias no desempenho dos profissionais, na agilidade ou na qualidade do Programa Mãe Curitibana. Para ilustrar estas questões, seguem algumas citações.

Sobre contribuições para melhorias no desempenho dos profissionais:

Se tivesse mais capacitação, melhoraria mais ... (Entr. 03, US)

... deveria melhorar o treinamento e principalmente o repasse para as auxiliares ... (Entr. 07, US)

Mais treinamentos para estar se aprimorando... (Entr. 25, US)

A questão de repassar informações para todo mundo... não só para a autoridade e para a enfermeira... (Entr. 28, US)

A forma de treinamento poderia ser diferente, não só aquela questão teórica, poderia ser mais prático, talvez à nível de regional, com menos pessoas, que as pessoas pudessem perguntar mais, tipo fazer a parte teórica e daí já discussão prática de cargos clínicos, exaurir um tempo num dia. Imersão no tema. Agentes comunitários e a odontologia... (Entr. 38, Coord.)

Sobre contribuições para melhorias na agilidade/qualidade do atendimento:

Capacitação para todos os profissionais que desconhecem... se todo mundo tivesse treinamento... (Entr. 25, US)

Tem que ter mais conhecimento, mais reciclagem... (Entr. 06, US)

Deveria ter mais gente que fosse para o curso... (Entr. 14, US)

No tocante ao processo de produção de conhecimentos, foram ressaltadas, principalmente, as possibilidades de ampliação dos estudos relativos à saúde materno infantil, bem como de outros grupos de estudo, de maneira especial, quando comentavam sobre melhorias no desempenho dos profissionais, no processo de tomada de decisão e na adequação dos serviços às demandas da população.

Sobre contribuições para melhorias no desempenho dos profissionais:

Se tivesse grupo de estudos... (Entr. 29, US)

Sobre contribuições para melhorias no processo de tomada de decisão:

Poderia trabalhar as reuniões de equipe com questões técnicas e com as próprias dificuldades no programa... (Entr. 38, Corrd.)

Deveriam ser criadas mais oficinas, participando mais efetivamente de estudos e análises de casos... (Entr. 28, US)

Poderia fazer mais a produção de estudos e análises, elaborar propostas, avaliar a prática...você vai levando a teoria para a prática, mas nunca consegue voltar... (Entr. 08, US)

Sobre contribuições para melhorias na adequação dos serviços às demandas da população:

Teria que conhecer melhor a população...se tivesse um estudo da área você ia saber onde atuar melhor... (Entr. 06, US)

A partir do momento em que tem uma reunião técnica com relação a nossa comunidade (...) ele conhecendo o diagnóstico da nossa população, ele vai conseguir adequar... (Entr. 16, US)

Deveria ter tempo para estudos e parcerias... (Entr. 35, Coord.)

Pode ser melhor... a hora que a gente trabalha mais com a comunidade, eu acho que ela pode dar mais suporte para a gente até entender a situação daquela área de abrangência... (Entr. 37, Coord.)

Quanto ao processo de compartilhamento de conhecimentos, os profissionais ressaltaram a possibilidade de expansão de espaços para troca de conhecimentos e experiências entre os profissionais que atuam no programa, de maneira especial, quando se referiam a melhorias na agilidade, no processo de tomada de decisão e na adequação dos serviços às demandas do público alvo:

Sobre contribuições para melhorias no processo de tomada de decisão:

Se ocorresse aquela facilidade de comunicação com os colegas especialistas, teria mais agilidade e resolução, não ficaria empacado na fila de espera para o atendimento com especialista... (Entr. 03, US)

Se tivesse a experiência dos outros casos e de outros profissionais e não ficasse só vinculado especificamente ao programa (protocolo)... (Entr. 11, US)

Sobre contribuições para melhorias na adequação dos serviços às demandas da população:

Se houvesse a troca de experiências, de estudos, seria muito melhor...se tivesse esta brecha de estar analisando o perfil da população, as ações que foram feitas com ela, se surtiu algum efeito o trabalho desenvolvido, se tem que melhorar alguma coisa, ou deixar de ser feita alguma coisa... (Entr. 04, US)

Acho que favorece se ele tiver uma experiência positiva em uma determinada US afastada, ele pode usar esta experiência em outras US, mesmo ela (a experiência) não estando escrita no protocolo... (Entr. 17, US)

Sobre contribuições para melhorias na agilidade/qualidade do atendimento:

Por exemplo, se você tiver uma patologia que você estiver tentando fazer diagnóstico e você sabe que aquela determinada patologia teve um tipo de fluxo em outra US você sabe qual é o tempo que deve levar, qual tipo de tratamento e aí você agiliza o teu atendimento para a tua cliente... (Entr. 23, US)

Se você tiver a experiência de outros profissionais, só aumenta o teu conhecimento... (Entr. 31, US)

4.3.5 Síntese dos resultados

De acordo com os dados levantados, os processos de Gestão do Conhecimento investigados, ainda que praticados de maneira não formalizada, vêm contribuindo de maneira significativa para a geração de benefícios no âmbito do Programa Mãe Curitibana, ou seja, para melhorias no funcionamento do programa (foco na operação), no atendimento ao público alvo (foco na prestação dos serviços) e no ambiente externo (foco no público alvo, organizações comunitárias e instituições parceiras), que acontecem mediante aplicação de conhecimentos adquiridos por meio dos processos de GC investigados, sobretudo, por meio dos treinamentos sobre os protocolos (processo de aquisição).

De modo geral, os entrevistados conferem grande importância às atividades não formalizadas de GC já realizadas. Por outro lado, voltam a enfatizar as possibilidades de aperfeiçoamento das práticas de GC identificadas ao longo da pesquisa, apresentadas no capítulo anterior, especialmente as de aquisição, produção e compartilhamento de conhecimento, como condição para que os processos de GC pudessem contribuir de maneira mais efetiva para a geração dos referidos benefícios no programa.

Assim, tais resultados sugerem que, se consideradas as possibilidades de aperfeiçoamento identificadas ao longo da pesquisa, as práticas investigadas poderiam contribuir de maneira mais efetiva para a geração de benefícios no âmbito do Programa investigado.

5 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

O presente estudo focalizou-se sobre os processos não formalizados de Gestão do Conhecimento praticados nas diferentes fases do ciclo de vida do Programa Mãe Curitibana, na Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, e suas contribuições para a geração de benefícios na fase de operação do programa, com base nos conceitos dos autores apresentados na fundamentação teórico-empírica.

Em resposta ao primeiro objetivo, identificou-se o modo como ocorreram as diferentes fases do ciclo de vida do referido programa, constatando-se que a fase de formulação aconteceu no período de setembro a dezembro de 1998; a de estruturação, de dezembro de 1998 a fevereiro de 1999; e a de operação iniciou-se no mês de março de 1999, estendendo-se até o presente. Ao longo destas fases, foram identificadas diversas atividades intensivas em conhecimento, confirmando-se suas semelhanças com as práticas descritas pelos autores de Gestão do Conhecimento.

Em resposta ao segundo objetivo, constatou-se que, independentemente de uma iniciativa formalizada de Gestão do Conhecimento, uma quantidade significativa de atividades relacionadas aos processos de identificação, aquisição, produção, sistematização, compartilhamento e aplicação do conhecimento vêm sendo praticadas no âmbito do Programa Mãe Curitibana, sendo muito valorizadas pelos entrevistados.

Contudo, à luz dos conceitos de Gestão do Conhecimento apresentados na fundamentação teórico-empírica deste trabalho, verificou-se por meio da pesquisa que, apesar do volume, nem todas as práticas investigadas são realizadas no âmbito do programa, ou mesmo quando realizadas, nem sempre acontecem de acordo com o previsto. Além disso, verificou-se que, de modo geral, não ocorre o necessário alinhamento dos processos de aquisição, produção, sistematização, compartilhamento de conhecimento ao processo de identificação do conhecimento, o que resulta na fragmentação destas práticas.

Tal situação reflete-se no processo de aplicação do conhecimento, que baseia-se quase que exclusivamente em conhecimentos adquiridos nos

treinamentos sobre os protocolos (processo de aquisição), assim como, nas diversas possibilidades de aperfeiçoamento dos processos de GC identificadas ao longo da pesquisa, que demonstram o potencial ainda inexplorado das práticas de identificação, aquisição, produção, sistematização e compartilhamento do conhecimento, no sentido de favorecer o processo de aplicação do conhecimento e, conseqüentemente, a geração de benefícios, no âmbito do Programa Mãe Curitibana.

É possível que esta situação decorra da ausência de uma iniciativa formalizada de GC na SMS/Programa Mãe Curitibana, de uma ação coordenada, que demonstre a relevância do conhecimento para os resultados organizacionais e forneça respaldo institucional (espaço, tempo e incentivos) para o amplo envolvimento dos profissionais em práticas de GC, tanto no nível central/distrital, quanto no nível local. Não significando com isto que a mera formalização seja uma garantia de práticas bem-sucedidas de Gestão do Conhecimento.

Ainda, assim, em resposta ao terceiro objetivo, verificou-se por meio da pesquisa que estas práticas não formalizadas de GC vêm contribuindo significativamente para a geração de benefícios intermediários no Programa Mãe Curitibana, ou seja, para melhorias no funcionamento do programa, no atendimento ao público alvo e no ambiente externo, mediante aplicação de conhecimentos adquiridos por meio dos processos de GC investigados, sobretudo, por meio dos treinamentos sobre os protocolos (processo de aquisição).

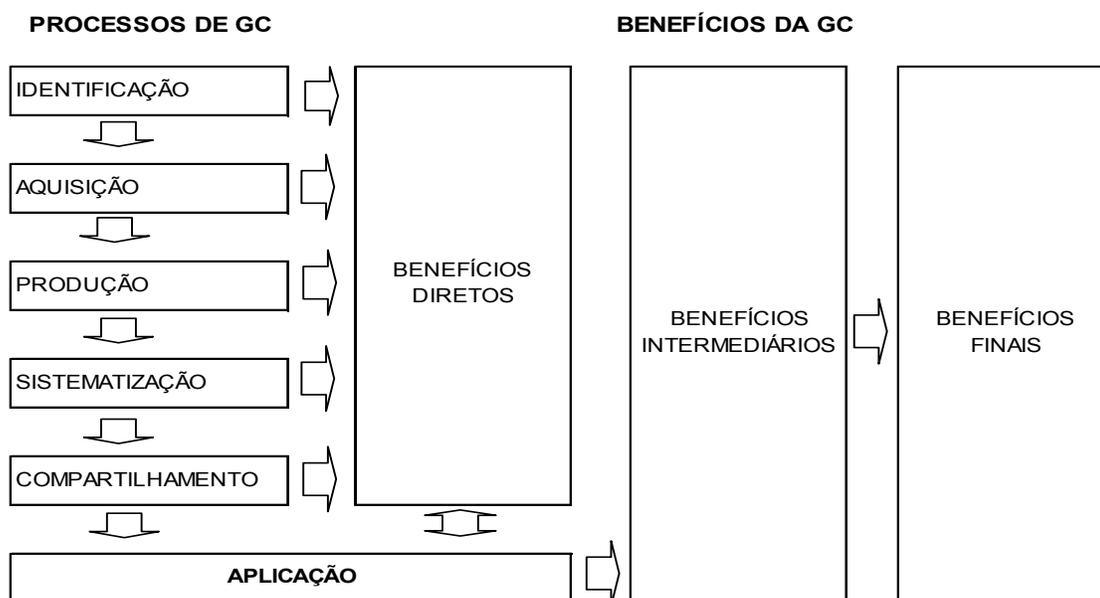
De modo geral, os entrevistados conferem grande importância às atividades não formalizadas de GC já realizadas, ao mesmo tempo em que voltam a enfatizar as possibilidades de aperfeiçoamento das práticas de GC identificadas ao longo da pesquisa, especialmente as de aquisição, produção e compartilhamento de conhecimento, como condição para que os processos de GC pudessem contribuir de maneira mais efetiva para a geração dos referidos benefícios no programa.

Ainda que o foco da pesquisa tenha se concentrado na identificação de *benefícios intermediários*, os resultados possibilitam, ainda, visualizar os efeitos em cadeia das atividades de Gestão do Conhecimento (WIIG, 2004), ou seja, o desdobramento das práticas de GC investigadas em benefícios diretos, intermediários e finais. Tais efeitos se fazem notar quando, por exemplo, os

entrevistados afirmam que as práticas investigadas (*atividades de GC*) contribuem para a ampliação de conhecimentos (*benefícios diretos*) que, ao serem aplicados, contribuem para a geração de melhorias no funcionamento do programa, no atendimento ao público alvo, e no ambiente externo (*benefícios intermediários*), ou mesmo, que poderiam favorecer a redução da mortalidade infantil (*benefícios finais*).

Além de favorecer o entendimento dos diferentes tipos de benefícios que vêm sendo obtidos a partir das práticas não formalizadas de GC, no âmbito do Programa Mãe Curitibana, a lógica dos efeitos em cadeia das práticas de GC (WIIG, 2004) fornece elementos que possibilitam, ainda, compreender que a ênfase conferida às possibilidades de aperfeiçoamento das práticas de GC deve-se, justamente, aos *benefícios diretos* que poderiam advir das práticas de identificação, aquisição, produção, sistematização e compartilhamento de conhecimentos, que, por sua vez, poderiam favorecer o processo de aplicação de conhecimentos e, conseqüentemente, a geração de *benefícios intermediários*, ou até mesmo *benefícios finais*, no âmbito do Programa Mãe Curitibana, conforme explicitado na Figura 13, a seguir.

Figura 13 – EFEITOS EM CADEIA/BENEFÍCIOS DAS PRÁTICAS DE GESTÃO DO CONHECIMENTO



FONTE: elaborado pela autora com base em Stollenwerk (2002) e Wiig (2004)

De modo geral, os resultados da pesquisa demonstram a importância indiscutível do conhecimento no âmbito do programa investigado. Contudo, informações relativas ao modo e à frequência com que as práticas não formalizadas de GC vêm sendo realizadas, no âmbito do Programa Mãe Curitibana, assim como a ênfase conferida às possibilidades de aperfeiçoamento destas atividades, apontam para a necessidade de reflexão acerca do conhecimento como um recurso estratégico, que necessita ser administrado, com vistas a contribuir de maneira mais efetiva, para a geração de benefícios no âmbito do Programa Mãe Curitibana.

Com isto, acredita-se que esta pesquisa, ao ser realizada dentro do modelo de Gestão do Conhecimento, vem possibilitar um olhar diferenciado sobre atividades que vêm sendo praticadas de maneira intuitiva, ampliando possibilidades de gerenciamento destas atividades e, principalmente, de geração de melhorias no âmbito do Programa Mãe Curitibana.

RECOMENDAÇÕES PARA OUTROS ESTUDOS

Informações e conclusões resultantes deste trabalho podem servir de subsídio para uma investigação sobre a viabilidade e factibilidade das possibilidades de aperfeiçoamento das práticas de GC identificadas ao longo da pesquisa, buscando-se identificar os limites e possibilidades da adoção de conceitos e de práticas formalizadas de Gestão do Conhecimento em organizações públicas.

Os resultados deste trabalho podem, ainda, servir de referência para a realização de um estudo comparativo entre organizações com iniciativas formalizadas e não formalizadas de GC, com vistas a aprofundar, dentro da perspectiva da administração estratégica, conhecimentos acerca da relação entre a gestão sistemática das práticas de identificação, aquisição, produção, sistematização, compartilhamento e aplicação dos conhecimentos e a geração de benefícios diretos, intermediários e finais.

REFERÊNCIAS

- ALBERTSON, D. Taking the stress out of vacation time. **Employee benefit news**. v. 14, n. 9, p. 9. Aug 2000.
- ALLE, V. **Knowledge management**. 1997. Disponível em <<http://www.vernalle.com/page6.html>> Acesso em: 30 outubro 2003.
- ANDRADE, J. A. O processo de Inovação das Organizações públicas: integrando conceitos e práticas. In: ENCONTRO ANUAL DA ANPAD, 15., 2001, Campinas. **Anais eletrônicos...** São Paulo: ANPAD, 2001.
- BARACCHINI, S. A. A inovação presente na Administração Pública. **Revista de Administração de Empresas**, v. 42, n. 2, p. 104-109, abr., jun./2002.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BECKMAN, T. J. **Learned nations**: seeking national competitive advantages through knowledge strategies. Disponível em <<http://www.oss.net/Proceedings/95Vo11/aab0a1.html>> Acesso em: 27 novembro 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento**: informações para gestores e técnicos. Brasília, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Mapeamento de Gestão do conhecimento**. Disponível em: <<http://www.gc.datasus.gov.br>> Acesso em: 25 maio 2004.
- CARVALHO, I. **Escola de governo em saúde**: construindo um novo modelo de formação para o SUS. 2003. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br> >Acesso em: 20 maio 2004.
- CEPAL **Gestión de Programas Sociales em América Latina**. Santiago de Chile, 1998. v. 1. (Série Políticas Sociales, 25).
- CEPAL/ILPES **Bases conceptuales para el ciclo de cursos sobre gerencia de proyectos y programas**. Santiago de Chile, 2003. (Série Manuales).
- CURITIBA. Prefeitura Municipal. **Decreto n. 29 de 19 de janeiro de 1998**. Aprova o Regimento Interno da Secretaria Municipal da Saúde. Curitiba, 1998.
- CURITIBA. (Prefeitura Municipal). Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de atendimento ao pré-natal de baixo risco**. Curitiba, 1996a.
- CURITIBA. (Prefeitura Municipal). Secretaria Municipal de Saúde. **Valorizando a dignidade materna**. Curitiba, 1996b.
- CURITIBA. (Prefeitura Municipal). Secretaria Municipal de Saúde. **Boletim Epidemiológico de Curitiba** – Edição Especial Programa Mãe Curitibana. Curitiba, PR, Maio de 1999a.
- CURITIBA. (Prefeitura Municipal) Secretaria Municipal de Saúde. **Programa Mãe Curitibana: protocolo de atenção ao pré-natal, parto e puerpério**. Curitiba, 1999b.
- CURITIBA. (Prefeitura Municipal). Secretaria Municipal de Saúde. **Instrução Normativa para operacionalização do Programa Mãe Curitibana**. Curitiba, 1999c. Mimeo.

- CURITIBA. (Prefeitura Municipal). Secretaria Municipal de Saúde. **Programa Mãe Curitibana: protocolo de atenção ao pré-natal, parto, puerpério a assistência ao recém-nascido**. Curitiba, 2000a.
- CURITIBA. (Prefeitura Municipal). Secretaria Municipal de Saúde. **Programa Mãe Curitibana: protocolo de planejamento familiar**. Curitiba, 2000b.
- CURITIBA. (Prefeitura Municipal). Instituto Municipal de Administração Pública. **Modelo de Gestão Curitiba**. Curitiba: IMAP, 2000.
- CURITIBA. (Prefeitura Municipal). Instituto Municipal de Administração Pública. **Os desafios da prática avaliativa**. Curitiba: IMAP, 2000.
- CURITIBA. (Prefeitura Municipal). Secretaria Municipal de Saúde. **Programa Mãe Curitibana: protocolo de planejamento familiar**. Curitiba, 2002.
- CURITIBA. (Prefeitura Municipal). Secretaria Municipal de Saúde. In: VII ENCONTRO DE SAÚDE COLETIVA, 7, 2002,. Curitiba, **Caderno de Resumos**, Curitiba, 2002, mimeo.
- CURITIBA. (Prefeitura Municipal). Secretaria Municipal de Saúde. **Programa Mãe Curitibana: pré-natal, parto e puerpério e atenção ao recém-nascido**. Curitiba, 2004.
- DAVENPORT, Thomas H. . **Reengenharia de processos**. Rio de Janeiro: Campus, 1994.
- DAVENPORT, T.; PRUSAK, L. **Conhecimento empresarial**. Rio de Janeiro: Campus, 1998a.
- DAVENPORT, T.; PRUSAK, L. **Ecologia da informação**. São Paulo: Futura, 1998b.
- DINSMORE, Paul C. **Gerência de programas e projetos**. São Paulo: Pini, 1992
- DINSMORE, Paul C. **Transformando estratégias empresariais através da gerência por projetos**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1999.
- DUCCI, L. et al. **Curitiba: a saúde de braços abertos**. Rio de Janeiro: CEBES, 2001.
- FREITAS, H. M. R. et al. **Pesquisa interativa e novas tecnologias para coleta e análise de dados usando o Sphinx**. Canoas: Sphinx, 2002.
- GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed., São Paulo: Atlas, 1999.
- GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4.ed.São Paulo : Atlas, 2002.
- GUENTHER, K. e BRAUN, E. Knowledge management benefits of intranets. **Online**, v. 25, n. 3, p. 16. May-Jun, 2001.
- HARRINGTON, James. **Aperfeiçoando processos empresariais**. São Paulo: Makron Books, 1993.
- JIMENEZ, E. J. B. et al. Avançando na atenção materno-infantil: Programa Mãe Curitibana. In: DUCCI, L. et al. **Curitiba: a saúde de braços abertos**. Rio de Janeiro: CEBES, 2001.
- JIMENEZ, E. J. B.; SIMÃO, M. B. G. e SHIMAZAKI, M. E. Programa Mãe Curitibana: avançando na humanização da atenção materno-infantil. In: **Divulgação em Saúde para Debate – CEBES**, n. 26, p. 21-29, abril de 2003.

- KAMEL, N. M. **Melhoria e reengenharia de processos empresariais focando o cliente**. São Paulo : Érica, 1994.
- LAURENTI, R. et al. **Estatísticas de saúde**. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, 1985, 186 p.
- MALHOTRA, Naresh K. **Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.
- MALHOTRA, Yogesh. **Knowledge management, knowledge organizations e knowledge workers: a view from the Front Lines**, 1998a. Disponível em: <<http://www.brint.com/interview/maeil.htm>> Acesso em: 2 Jun.. 2003.
- MOSCOSO G., Cristián. **Formulación, evaluación y gestión de proyectos, a traves del enfoque del marco lógico integrado**. 2002. <Disponível em: <http://www.uah>> Acesso em: 23 maio. 2004.
- NONAKA, I.; TAKEUCHI, H. **Criação do Conhecimento Organizacional**. 8. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1997.
- PELUFFO A., M. B.; CATALAN CONTRERAS, E. **Introducción a la gestion del conocimiento y su aplicación al sector publico**. Santiago de Chile: CEPAL. ECLAC, 2002. (Série Manuales)
- PROBST, Gilbert; RAUB, S.; ROMHARDT, K. **Gestão do conhecimento: os elementos construtivos do sucesso**. Porto Alegre: Bookman, 2002.
- ROS, J. Measuring the benefits of knowledge management at the financial services authority: a case study. **Jornal of Information Science**. v. 29, n. 6, p. 475, 2003.
- ROUQUAYROL, Maria Zélia. **Epidemiologia & saúde**. 4. ed., Rio de Janeiro : MEDSI, 1993, 527p.
- RUDIO, F. V. **Introdução ao projeto de pesquisa científica**. 29. ed. Petrópolis : Vozes, 2002.
- SANTOS, R. dos S. *et al.* **Gestão do conhecimento: uma experiência para o sucesso empresarial**. Curitiba: Champagnat, 2001.
- SKYRME, David. Knowledge management: Making sense of an oxymoron. **Management Insight**, n. 2, June 1997. Disponível em: <<http://www.skyrme.com.insights/22km.htm>> Acesso em: 30 maio 2003.
- SKYRME, David. Knowledge management: beneficits tree.. Disponível em: <<http://www.skyrme.com/tools/bentree.htm>> Acesso em: 8 jan. 2004.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE GESTÃO DO CONHECIMENTO. **Congresso Nacional de Gestão do Conhecimento na Esfera Pública**. Disponível em <<http://www.sbgc.org.br>> Acesso em: 23 julho. 2003.
- STEWART, Thomas A. **Capital intelectual**. Rio de Janeiro : Campus, 1998.
- STOLLENWERK, M. F. L. In TARAPANOFF, K. **Gestão do conhecimento: conceitos e modelos**. Brasília: Universidade de Brasília, 2002, p.143-163.
- SVEIBY, K. E. **A nova riqueza das organizações**. Rio de Janeiro: Campus, 1998.

TEIXEIRA FILHO, J. **Gerenciando conhecimento**: como a empresa pode usar a memória organizacional e a inteligência competitiva no desenvolvimento de negócios. Rio de Janeiro : Ed. SENAC, 2000.

TERRA, J. C. C. **Gestão do conhecimento**: o grande desafio empresarial. São Paulo : Negócio Editora, 2000.

TRIVINOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa, qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VALERIANO, Dalton L. **Gerência em projetos**: pesquisa, desenvolvimento e engenharia. São Paulo: Makron Books, 1998.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 2000.

VERZUH, Eric. **MBA Compacto**: gestão de projetos. Rio de Janeiro: Campus, 2000.

WIIG, K. M. **Knowledge management foundations**: thinking about thinking- how people and organizations create, represent, and use knowledge. Arlington, Texas: Schema, 1993. v. 1.

WIIG, K. M. **Knowledge management methods**: practical approaches to managing knowledge. Arlington, Texas: Schema, 1999, v. 3.

WIIG, K. M. **Application of knowledge management in public administration**. Taiwan: Public Administrators of the City Taipei, 2000.

WIIG, K. M. **Examples of knowledge management effects and benefits**. 2000. Disponível em: http://www.krii.com.br/karl_wiig_pubs>Acesso em: 24 fev. 2004.

ZOLINGEN, S. J.; STREUMER, J. N.; STOOKER, M. Problems in knowledge management: a case study of a knowledge-intensive company. **International Journal of training & Development**. v. 5, n. 3. Sep2001.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 2 ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

A N E X O S

ANEXO I

**UNIDADES DE SAÚDE SECRETARIA MUNICIPAL
DA SAÚDE**

**UNIDADES DE SAÚDE DA SECRETARIA MUNICIPAL
DA SAÚDE, POR DISTRITO SANITÁRIO, EM CURITIBA – 2004**

DISTRITO SANITÁRIO	UNIDADES DE SAÚDE
BAIRRO NOVO	UMS CAXIMBA-DSBN
	UMS DOM BOSCO-DSBN
	UMS JOÃO CÂNDIDO-DSBN
	UMS N SRA APARECIDA-DSBN
	UMS OSTERNACK-DSBN
	UMS PALMEIRAS-DSBN
	UMS PARIGOT DE SOUZA-DSBN
	UMS SALVADOR ALLENDE-DSBN
	UMS SÃO JOÃO DEL REY-DSBN
	UMS SÍTIO CERCADO 24 HORAS
	UMS XAPINHAL-DSBN
BOA VISTA	UMS ABAETÉ-DSBV
	UMS ATUBA-DSBV
	UMS BACACHERI - DSBV
	UMS BAIRRO ALTO-DSBV
	UMS BARREIRINHA-DSBV
	UMS BOA VISTA 24 HORAS
	UMS FERNANDO DE NORONHA-DSBV
	UMS PILARZINHO-DSBV
	UMS SANTA CÂNDIDA-DSBV
	UMS SANTA EFIGÊNIA-DSBV
	UMS TARUMÃ-DSBV
	UMS VILA DIANA-DSBV
	UMS VILA ESPERANÇA - DSBV
	UMS VILA LEONICE-DSBV
	UMS VILA TINGUI-DSBV
UMS VISTA ALEGRE-DSBV	
BOQUEIRÃO	UMS BOQUEIRÃO 24 HORAS
	UMS ÉRICO VERÍSSIMO-DSBQ
	UMS ESMERALDA-DSBQ
	UMS EUCALIPTOS-DSBQ
	UMS IRMÃ TEREZA ARAÚJO-DSBQ
	UMS JARDIM PARANAENSE-DSBQ
	UMS MORADIAS BELÉM-DSBQ
	UMS SÃO PEDRO-DSBQ
	UMS TAPAJÓS-DSBQ
	UMS VILA HAUER-DSBQ
	UMS VISITAÇÃO-DSBQ
	UMS WALDEMAR MONASTIER-DSBQ
	UMS XAXIM-DSBQ
CAJURU	UMS CAJURU-DSCJ
	UMS CAMARGO-DSCJ
	UMS IRACEMA-DSCJ
	UMS LOTIGUAÇU-DSCJ
	UMS SÃO DOMINGOS-DSCJ
	UMS SOLITUDE-DSCJ
	UMS TRINDADE-DSCJ
	UMS UBERABA DE CIMA-DSCJ

MATRIZ	UMS CAPANEMA-DSMZ
	UMS COA-DSMZ
	UMS CRIANÇA-DSMZ
	UMS FAS-SOS - DSMZ
	UMS MULHER-DSMZ
	UMS ROSÁRIO-DSMZ
PINHEIRINHO	UMS CONCÓRDIA-DSPN
	UMS IPIRANGA-DSPN
	UMS MARIA ANGÉLICA-DSPN
	UMS MORADIAS DA ORDEM-DSPN
	UMS MORADIAS SANTA RITA - DSPN
	UMS N SRA DA LUZ-DSPN
	UMS N SRA SAGRADO CORAÇÃO-DSPN
	UMS OSWALDO CRUZ-DSPN
	UMS PARQUE INDUSTRIAL-DSPN
	UMS POMPÉIA-DSPN
	UMS TAIZ VIVIANE MACHADO-DSPN
	UMS VILA MACHADO-DSPN
	UMS VILA VERDE-DSPN
PORTÃO	UMS ALBERT SABIN 24 HORAS
	UMS AMIGO ESPECIAL - DSPR
	UMS AURORA-DSPR
	UMS BARIGUI-DSPR
	UMS CAIUÁ-DSPR
	UMS CÂNDIDO PORTINARI-DSPR
	UMS ESTRELA-DSPR
	UMS FANNY LINDÓIA-DSPR
	UMS PAROLIN-DSPR
	UMS SABARÁ-DSPR
	UMS SANTA AMÉLIA-DSPR
	UMS SANTA QUITÉRIA-DSPR
	UMS SÃO MIGUEL-DSPR
	UMS TANCREDO NEVES-DSPR
	UMS VILA CLARICE-DSPR
	UMS VILA FELIZ-DSPR
	UMS VILA GUAIRA-DSPR
UMS VILA LEÃO-DSPR	
SANTA FELICIDADE	UMS ATENAS-DSSF
	UMS AUGUSTA-DSSF
	UMS BOM PASTOR-DSSF
	UMS BUTIATUVINHA - DSSF
	UMS CAMPINA DO SIQUEIRA-DSSF
	UMS CAMPO COMPRIDO 24 HORAS
	UMS JARDIM GABINETO-DSSF
	UMS ORLEANS-DSSF
	UMS PINHEIROS-DSSF
	UMS SANTA FELICIDADE-DSSF
	UMS SANTOS ANDRADE-DSSF
	UMS SÃO BRAZ-DSSF
	UMS SÃO JOSÉ-DSSF
UMS UNIÃO DAS VILAS-DSSF	

FONTE: SMS/ Departamento de Recursos Humanos

ANEXO II

**LISTA DE CÓDIGOS E DATAS DAS ENTREVISTAS
REALIZADAS COM OS PROFISSIONAIS DAS
UNIDADES DE SAÚDE E COORDENAÇÕES DO
PROGRAMA**

**LISTA DE CÓDIGOS E DATAS DAS ENTREVISTAS COM PROFISSIONAIS DAS
UNIDADES DE SAÚDE E COORDENAÇÕES – 2004**

CÓDIGO DA ENTREVISTA	UNIDADES DE SAÚDE/ COORDENAÇÕES	DATA DA ENTREVISTA
Entrevista 1	US/DS 01	7/5/2004
Entrevista 2	US/DS 01	7/5/2004
Entrevista 3	US/DS 01	7/5/2004
Entrevista 4	US/DS 01	11/5/2004
Entrevista 5	US/DS 02	3/5/2004
Entrevista 6	US/DS 02	14/5/2004
Entrevista 7	US/DS 02	11/5/2004
Entrevista 8	US/DS 02	4/5/2004
Entrevista 9	US/DS 03	7/5/2004
Entrevista 10	US/DS 03	11/5/2004
Entrevista 11	US/DS 03	7/5/2004
Entrevista 12	US/DS 03	7/5/2004
Entrevista 13	US/DS 04	6/5/2004
Entrevista 14	US/DS 04	6/5/2004
Entrevista 15	US/DS 04	6/5/2004
Entrevista 16	US/DS 04	10/5/2004
Entrevista 17	US/DS 05	10/5/2004
Entrevista 18	US/DS 05	30/4/2004
Entrevista 19	US/DS 05	30/4/2004
Entrevista 20	US/DS 05	10/5/2004
Entrevista 21	US/DS 06	5/5/2004
Entrevista 22	US/DS 06	5/5/2004
Entrevista 23	US/DS 06	13/5/2004
Entrevista 24	US/DS 06	12/5/2004
Entrevista 25	US/DS 07	3/5/2004
Entrevista 26	US/DS 07	3/5/2004
Entrevista 27	US/DS 07	12/5/2004
Entrevista 28	US/DS 07	3/5/2004
Entrevista 29	US/DS 08	6/5/2004
Entrevista 30	US/DS 08	6/5/2004
Entrevista 31	US/DS 08	13/5/2004
Entrevista 32	US/DS 08	13/5/2004
Entrevista 33	COORD. 01	18/5/2004
Entrevista 34	COORD. 02	21/5/2004
Entrevista 35	COORD. 03	19/5/2004
Entrevista 36	COORD. 04	20/5/2004
Entrevista 37	COORD. 05	20/5/2004
Entrevista 38	COORD. 06	19/5/2004

FONTE: elaborado pela autora

ANEXO III

**FORMULÁRIO PARA APRECIÇÃO DO PROJETO DE
PESQUISA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
(CENTRO DE ESTUDOS EM SAÚDE)**



FORMULÁRIO PARA APRECIACÃO DE PROJETO DE PESQUISA

**PROJETO DE PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
IDENTIFICAÇÃO DE PESQUISA**

TÍTULO DO PROJETO
FASES DO CICLO DE VIDA DE PROJETOS E PROCESSOS DE GESTÃO DO CONHECIMENTO: O CASO DO PROGRAMA MÃE CURITIBANA NA SMS

ÁREA DE PESQUISA GESTÃO ESTRATÉGICA DA INFORMAÇÃO E DO CONHECIMENTO ÁREA TEMÁTICA: (GRUPO I, II, III DO CONEP)

LOCAL SOLICITADO UNIDADES DE SAÚDE A SEREM SELECIONADAS (em torno de 04) TEM PATROCÍNIO? / DE QUEM?

APRECIACÃO DO CEP - Comitê de Ética e Pesquisa
 NÃO → CASO NÃO, TEM PARECER FAVORÁVEL? _____ DE QUEM? _____ DATA: _____ (ANEXAR DOCUMENTO)
 SIM → QUAL? _____ DATA: _____

DATA E LOCAL DE ENTRADA

I - QUALIFICAÇÃO DO PESQUISADOR

IDENTIFICAÇÃO / FORMAÇÃO

NOME MARCIA HELENA VIEIRA CARVALHO

RG 4.189.259-5 E-MAIL marciacarvalho@uel.com.br

ENDEREÇO RUA: UBALDINO DO AMARAL, Nº 360 - AP 44 R-3057

TELEFONE (S) 362-2137 / 9907-7155 ASSINATURA Marcia Carvalho

FORMAÇÃO A PESQUISA É EXIGÊNCIA PARA A TITULAÇÃO EM CURSO DE GRADUAÇÃO OU PÓS-GRADUAÇÃO?
 GRADUAÇÃO NÃO SIM - QUAL? MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO
 PÓS-GRADUAÇÃO INSTITUIÇÃO DE ENSINO: POC/PR

II - QUALIFICAÇÃO DO ORIENTADOR

IDENTIFICAÇÃO / FORMAÇÃO

NOME Heitor José Pereira

RG 1001001-2 E-MAIL heitorjh@nla01.gmgov.br

ENDEREÇO Rua Cônego Januária da Cunha Barbosa, 635

TELEFONE (S) (041) 266.7738 ASSINATURA Hei

FORMAÇÃO A PESQUISA TITULAÇÃO EM CURSO DE GRADUAÇÃO OU PÓS-GRADUAÇÃO?
 GRADUAÇÃO NÃO SIM - QUAL? _____
 PÓS-GRADUAÇÃO INSTITUIÇÃO DE ENSINO: _____

**III - PARECER DO CENTRO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE
REFERENTE A PROJETO DE PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS**

o presente solicitado atende aos pré-requisitos gerais da S.M.S e as dispostos na resolução 196/96 do CNS, com relação a Ética em Pesquisa, envolvendo seres humanos

17/02/03


MAÍSA SERVULO PASSIO

**IV - PARECER TÉCNICO, JURÍDICO E/OU ÉTICO
DO SETOR PROFISSIONAL COMPETENTE, POR ASSUNTO E ESPECIALIDADE**

A presente solicitação está em consonância com as diretrizes e perspectivas desta SMS e os requisitos a serem cumpridos no âmbito desta secretaria.


DANIELA GRELLOW
Assessor
SMS-2

CAMINHAMENTO DA RESPOSTA AO INTERESSADO:

FAVORÁVEL - Reunião agendada em ___ / ___ / ___ no local: _____

DESFAVORÁVEL - Encerramento do processo (devolução do material ao interessado).

ANEXO IV
FOLHA DE ROSTO E PARECER DO COMITÊ DE
ÉTICA EM PESQUISA DO CENTRO DE
CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE DA PUCPR



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

(versão outubro/99) Para preencher o documento, use as indicações da página 2.

1. Projeto de Pesquisa: <i>Fases do Ciclo de Vida de Projetos e Processos de Gestão do Conhecimento. O caso do Programa Mãe Curitibana na Secretaria Muni. de Saúde de Cba</i>			
2. Área do Conhecimento (Ver relação no verso) <i>Administração</i>		3. Código: <i>6.02</i>	4. Nível: (Só áreas do conhecimento 4)
5. Área(s) Temática(s) Especial (s) (Ver fluxograma no verso)		6. Código(s):	7. Fase: (Só área temática 3) I () II () III () IV ()
8. Unitermos: (3 opções)			
SUJEITOS DA PESQUISA			
9. Número de sujeitos No Centro: Total: <i>vide projeto</i>	10. Grupos Especiais: <18 anos () Portador de Deficiência Mental () Embrião/Feto () Relação de Dependência (Estudantes, Militares, Presidiários, etc) () Outros () Não se aplica <input checked="" type="checkbox"/>		
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
11. Nome: <i>Heitor José Pereira</i>			
12. Identidade: <i>1001002-2/10</i>	13. CPF: <i>171847899-20</i>	19. Endereço (Rua, n.º): <i>Rua dos Acauás, 32 - Condomínio Alphaville</i>	21. Cidade: <i>Pinhais</i>
14. Nacionalidade: <i>Bras.</i>	15. Profissão: <i>Administrador</i>	20. CEP: <i>83327-256</i>	22. U.F.: <i>PR</i>
16. Maior Titulação: <i>Doutor</i>	17. Cargo: <i>Professor</i>	23. Fone: <i>(041)551-2693</i>	24. Fax: <i>(041)551-2693</i>
18. Instituição a que pertence: <i>PUCPR</i>		25. Email: <i>HEITORRUC@RCA01.PUCPR.BR</i>	
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados assim eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Data: <i>28/11/03</i> Assinatura: <i>[Assinatura]</i>			
INSTITUIÇÃO ONDE SERÁ REALIZADA			
26. Nome: <i>Secretaria Municipal de Saúde - SMS</i>		29. Endereço (Rua, n.º): <i>Rua dos Galvão, n.º 623 - 3º andar</i>	
27. Unidade/Orgão: <i>Centro de Educação em Saúde - CESTS</i>		30. CEP: <i>80.030.000</i>	32. U.F.: <i>PR</i>
28. Participação Estrangeira: Sim () Não <input checked="" type="checkbox"/>		33. Fone:	34. Fax:
35. Projeto Multinstitucional: Sim () Não <input checked="" type="checkbox"/> Nacional () Internacional () (Anexa: a lista de todos os Centros Participantes no Brasil)			
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução. Nome: <i>Mônica S. Barreto</i> Data: <i>11/12/2003</i> Cargo: <i>[Assinatura]</i> Assinatura: <i>[Assinatura]</i>			
PARTECIPIANTE			
36. Nome:		39. Endereço	
		40. CEP:	41. Cidade:
			42. UF:
38. Cargo/Função:		43. Fone:	44. Fax:
REGISTRO DO PROJETO			
45. Data de Entrada: <i>02/12/03</i>	46. Registro no CEP: <i>J85</i>	47. Conclusão: Aprovado () Data: / /	48. Não Aprovado () Data: / /
49. Relatário(s) do Pesquisador responsável previsto(s) para: Data: / / Data: / /			
Encaminha a CONEP: 50. Os dados acima para registro () 51. O projeto para apreciação () 52. Data: / /		53. Coordenador/Nonie: Assinatura	
54. Nº Expediente: 56. Data Recebimento:		57. Registro na CONEP:	
55. Processo:			
58. Observações:			



Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

Curitiba, 12 de dezembro de 2.003.

Of. 267/2003

Ref. "Fases do ciclo de vida de projetos e processos de gestão do conhecimento: O caso do programa mãe curitibana, na Secretaria Municipal de Curitiba".

Prezado (a) Pesquisador (es),

Venho por meio desta informar a Vossa Senhoria que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde PUCPR, no dia 12 de dezembro do corrente ano aprovou o Projeto Intitulado "Fases do ciclo de vida de projetos e processos de gestão do conhecimento: O caso do programa mãe curitibana, na Secretaria Municipal de Curitiba", pertencente ao Grupo III, sob o registro no CEP nº 185 e será encaminhado ao CONEP para o devido cadastro. Lembro ao senhor (a) pesquisador (a) que é obrigatório encaminhar relatório anual parcial e relatório final a este CEP.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Emílio José Scheer Neto.
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa

Ilmo Sr.
Héitor José Pereira

ANEXO V
ROTEIRO PARA ENTREVISTA
SEMI-ESTRUTURADA
(UNIDADES DE SAÚDE)

Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC/PR)
Programa de Mestrado em Administração (PPAGEI)

Roteiro para Entrevista nas Unidades de Saúde- Programa Mãe Curitibaana – Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba

- 1) Desde quando você trabalha no Programa Mãe Curitibaana? ___/___/___ e nesta Unidade de Saúde? ___/___/___
 2) Faixa Etária:
 () menos de 20 anos () 21 a 30 anos () 31 a 40 anos () 41 a 50 anos () mais de 51 anos
 3) Sexo: () feminino () masculino
 4) Qual o seu nível de escolaridade?
 () nível médio _____ () graduação _____ () mestrado _____
 () especialização _____ () doutorado _____
 5) Qual cargo você ocupa?
 () auxiliar de enfermagem () enfermeiro (a) _____ () médico(a) _____ () autoridade sanitária

Quadro 1 - AVALIE AS QUESTÕES ABAIXO DE ACORDO COM SEU GRAU DE CONCORDÂNCIA:

QUESTÕES	CONCORDO TOTALMENTE	CONCORDO PARCIALMENTE	NEM CONCORDO, NEM DISCORDO	DISCORDO PARCIALMENTE	DISCORDO TOTALMENTE	NÃO SEI	COMENTÁRIOS
6) Os objetivos e ações do Programa Mãe Curitibaana foram claramente definidos e disseminados junto aos profissionais desta US que atuam na sua operacionalização							
7) As atribuições/funções dos profissionais que atuam no Programa Mãe Curitibaana (SMS e Instituições Parceiras) foram claramente definidas e disseminadas nesta US							
8) Frequentemente, vem sendo identificadas junto aos profissionais desta US que atuam no Programa Mãe Curitibaana, necessidades de capacitação para o melhor desempenho de suas funções							
9) Os profissionais desta US que atuam no Programa Mãe Curitibaana tem participado, frequentemente, de atividades voltadas ao desenvolvimento e/ou reciclagem das competências necessárias para o desempenho de suas funções							
10) Os profissionais desta US que atuam no Programa Mãe Curitibaana tem participado, frequentemente, na produção de estudos e análises sobre a situação da saúde materno-infantil em sua área de abrangência							
11) Os profissionais desta US que atuam no Programa Mãe Curitibaana tem participado, frequentemente, de estudos e elaboração de propostas relacionadas aos fluxos e processos de trabalho do Programa (atenção materno-infantil)							
12) Os conhecimentos e experiências dos profissionais desta US, relevantes para a operacionalização do Programa Mãe Curitibaana vem sendo, frequentemente, registrados em material impresso ou em meio eletrônico, para posterior disseminação nesta US e/ou junto às demais USs							

QUESTÕES	CONCORDO TOTALMENTE	CONCORDO PARCIALMENTE	NEM CONCORDO, NEM DISCORDO	DISCORDO PARCIALMENTE	DISCORDO TOTALMENTE	NÃO SEI	COMENTÁRIOS
13) Os profissionais desta US que atuam no Programa Mãe Curitiba tem tido acesso, frequentemente, a material impresso ou em meio eletrônico sobre temas relacionados ao programa, produzidos pela SMS ou outros órgãos							
14) Os profissionais desta US tem participado, frequentemente, de atividades voltadas ao compartilhamento de conhecimentos, habilidades e experiências relevantes para a operacionalização do Programa Mãe Curitiba, interna e externamente à SMS							
15) Conhecimentos, habilidades e experiências adquiridos e/ou produzidos pelos profissionais desta US no âmbito do Programa Mãe Curitiba, tem sido aplicados, frequentemente, em situações práticas do Programa , com vistas à produzir melhorias em sua operacionalização							

Quadro 2 - O MODO COMO AS ATIVIDADES ACIMA VEM OCORRENDO: (avalie conforme seu grau de concordância)

QUESTÕES	CONCORDO TOTALMENTE	CONCORDO PARCIALMENTE	NEM CONCORDO, NEM DISCORDO	DISCORDO PARCIALMENTE	DISCORDO TOTALMENTE	NÃO SEI	COMENTÁRIOS
16) Tem contribuído, significativamente, para melhorar o desempenho dos profissionais que atuam no Programa Mãe Curitiba nesta US							
17) Tem contribuído, significativamente, para melhorar os fluxos e processos de trabalho do Programa Mãe Curitiba nesta US							
18) Tem contribuído, significativamente, para melhorar o processo de tomada de decisão e de implementação de ações no Programa Mãe Curitiba nesta US							
19) Tem contribuído, significativamente, para melhorar a adequação dos serviços às necessidades do público alvo do Programa Mãe Curitiba nesta US							
20) Tem contribuído, significativamente, para aumentar a agilidade no atendimento ao público alvo do Programa Mãe Curitiba nesta US							
21) Tem contribuído, significativamente, para melhorar a qualidade do atendimento ao público alvo do Programa Mãe Curitiba nesta US							
22) Tem contribuído, significativamente, para ampliar a adesão do público alvo (acesso e permanência) ao Programa Mãe Curitiba nesta US							
23) Tem contribuído, significativamente, para aumentar a satisfação do público alvo com os serviços prestados no Programa Mãe Curitiba nesta US							
24) Tem contribuído, significativamente, para aumentar o reconhecimento do Programa Mãe Curitiba pelas instituições parceiras e organizações comunitárias , no âmbito desta US							

ANEXO VI
ROTEIRO PARA ENTREVISTA
SEMI-ESTRUTURADA
(COORDENAÇÃO DO PROGRAMA)

Roteiro para Entrevista junto a Coordenação do Programa Mãe Curitiba - Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba

- 1) Desde quando você trabalha no Programa Mãe Curitiba? ___/___/___ e na coordenação ___/___/___
- 2) Faixa Etária: () menos de 20 anos () 21 a 30 anos () 31 a 40 anos () 41 a 50 anos () mais de 51 anos
- 3) Sexo: () feminino () masculino
- 4) Qual o seu nível de escolaridade? () graduação () mestrado () nível médio () especialização () doutorado
- 5) Qual cargo você ocupa? _____

Quadro 1 - AVALIE AS QUESTÕES ABAIXO DE ACORDO COM SEU GRAU DE CONCORDÂNCIA:

QUESTÕES	CONCORDO TOTALMENTE	CONCORDO PARCIALMENTE	NEM CONCORDO, NEM DISCORDO	DISCORDO PARCIALMENTE	DISCORDO TOTALMENTE	NÃO SEI	COMENTÁRIOS
6) Os objetivos e ações do Programa Mãe Curitiba foram claramente definidos e disseminados junto aos profissionais das USs que atuam na sua operacionalização							
7) As atribuições/funções dos profissionais que atuam no Programa Mãe Curitiba (SMS e Instituições Parceiras) foram claramente definidas e disseminadas nas USs							
8) Frequentemente, vem sendo identificadas junto aos profissionais da SMS que atuam no Programa Mãe Curitiba, necessidades de capacitação para o melhor desempenho de suas funções							
9) Os profissionais da SMS que atuam no Programa Mãe Curitiba, tem participado, frequentemente, de atividades voltadas ao desenvolvimento e/ou reciclagem das competências necessárias para o desempenho de suas funções							
10) Os profissionais da SMS que atuam no Programa Mãe Curitiba tem participado, frequentemente, na produção de estudos e análises sobre a situação da saúde materno-infantil em sua(s) área(s) de abrangência							
11) Os profissionais da SMS que atuam no Programa Mãe Curitiba tem participado, frequentemente, de estudos e elaboração de propostas relacionadas aos fluxos e processos de trabalho do Programa (atenção materno-infantil)							
12) Os conhecimentos e experiências dos profissionais da SMS que atuam no Programa Mãe Curitiba vem sendo, frequentemente, registrados em material impresso ou em meio eletrônico , para posterior disseminação junto aos profissionais das USs							

QUESTÕES	CONCORDO TOTALMENTE	CONCORDO PARCIALMENTE	NEM CONCORDO, NEM DISCORDO	DISCORDO PARCIALMENTE	DISCORDO TOTALMENTE	NÃO SEI	COMENTÁRIOS
13) Os profissionais da SMS que atuam no Programa Mãe Curitiba tem tido acesso, frequentemente, a material impresso ou em meio eletrônico sobre temas relacionados ao programa, produzidos pela SMS ou outros órgãos							
14) Os profissionais da SMS que atuam no Programa Mãe Curitiba tem participado, frequentemente, de atividades voltadas ao compartilhamento de conhecimentos, habilidades e experiências relevantes para o programa, interna e externamente à SMS							
15) Conhecimentos, habilidades e experiências adquiridos e/ou produzidos pelos profissionais da SMS no âmbito do Programa Mãe Curitiba, tem sido aplicados, frequentemente, em situações práticas do Programa , com vistas à produzir melhorias em sua operacionalização							

Quadro 2- O MODO COMO AS ATIVIDADES ACIMA VEM OCORRENDO: (avaliar conforme seu grau de concordância)

QUESTÕES	CONCORDO TOTALMENTE	CONCORDO PARCIALMENTE	NEM CONCORDO, NEM DISCORDO	DISCORDO PARCIALMENTE	DISCORDO TOTALMENTE	NÃO SEI	COMENTÁRIOS
16) Tem contribuído, significativamente, para melhorar o desempenho dos profissionais que atuam no Programa Mãe Curitiba nas USs							
17) Tem contribuído, significativamente, para melhorar os fluxos e processos de trabalho do Programa Mãe Curitiba nas USs							
18) Tem contribuído, significativamente, para melhorar o processo de tomada de decisão e de implementação de ações no Programa Mãe Curitiba nas USs							
19) Tem contribuído, significativamente, para melhorar a adequação dos serviços às necessidades do público alvo do Programa Mãe Curitiba nas USs							
20) Tem contribuído, significativamente, para aumentar a agilidade no atendimento ao público alvo do Programa Mãe Curitiba nas USs							
21) Tem contribuído, significativamente, para melhorar a qualidade do atendimento ao público alvo do Programa Mãe Curitiba nas USs							
22) Tem contribuído, significativamente, para ampliar a adesão do público alvo (acesso e permanência) ao Programa Mãe Curitiba nas USs							
23) Tem contribuído, significativamente, para aumentar a satisfação do público alvo com os serviços prestados no Programa Mãe Curitiba nas USs							
24) Tem contribuído, significativamente, para aumentar o reconhecimento do Programa Mãe Curitiba pelas instituições parceiras e organizações comunitárias , no âmbito das USs							

ANEXO VII
TABELA - SÍNTESE RESULTADOS ESCALA LIKERT,
UNIDADES DE SAÚDE, 2004

**SÍNTESE RESULTADOS ESCALA LIKERT, UNIDADES DE
SAÚDE - 2004**

AFIRMATIVAS	GRAU DE CONCORDÂNCIA (%)						
	CT	CP	NC/ND	DP	DT	NS	TOTAL
6	71,9	28,1	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0
7	84,4	15,6	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0
8	37,5	50,0	0,0	3,1	6,3	3,1	100,0
9	12,5	62,5	0,0	15,6	9,4	0,0	100,0
10	3,1	18,8	3,1	31,3	43,8	0,0	100,0
11	9,4	18,8	0,0	18,8	50,0	3,1	100,0
12	0,0	6,3	0,0	12,5	78,1	3,1	100,0
13	6,3	62,5	0,0	28,1	3,1	0,0	100,0
14	6,3	43,8	3,1	21,9	25,0	0,0	100,0
15	68,8	21,9	0,0	9,4	0,0	0,0	100,0
16	3,1	75,0	0,0	15,6	0,0	6,3	100,0
17	15,6	68,8	0,0	9,4	0,0	6,3	100,0
18	6,3	75,0	0,0	12,5	0,0	6,3	100,0
19	12,5	65,6	0,0	12,5	3,1	6,3	100,0
20	21,9	53,1	6,3	9,4	0,0	9,4	100,0
21	9,4	71,9	0,0	12,5	0,0	6,3	100,0
22	12,5	50,0	12,5	9,4	6,3	9,4	100,0
23	12,5	62,5	0,0	15,6	3,1	6,3	100,0
24	6,3	71,9	0,0	12,5	0,0	9,4	100,0

FONTE: Pesquisa de campo (cálculos SPHINX)

ANEXO VIII
SÍNTESE RESULTADOS ESCALA LIKERT,
COORDENAÇÕES - 2004

SÍNTESE RESULTADOS ESCALA LIKERT, COORDENAÇÕES – 2004

AFIRMATIVAS	GRAU DE CONCORDÂNCIA (%)						
	CT	CP	NC/ND	DP	DP	NS	TOTAL
6	83,3	16,7	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0
7	66,7	33,3	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0
8	83,3	16,7	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0
9	16,7	83,3	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0
10	0,0	66,7	0,0	33,3	0,0	0,0	100,0
11	66,7	16,7	0,0	16,7	0,0	0,0	100,0
12	16,7	50,0	0,0	16,7	16,7	0,0	100,0
13	0,0	50,0	0,0	50,0	0,0	0,0	100,0
14	0,0	50,0	0,0	33,3	0,0	16,7	100,0
15	50,0	50,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0
16	16,7	83,3	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0
17	50,0	50,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0
18	33,3	50,0	0,0	16,7	0,0	0,0	100,0
19	16,7	66,7	0,0	16,7	0,0	0,0	100,0
20	16,7	33,3	16,7	16,7	16,7	0,0	100,0
21	16,7	83,3	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0
22	0,0	66,7	33,3	0,0	0,0	0,0	100,0
23	33,3	66,7	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0
24	16,7	83,3	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0

FONTE: Pesquisa de campo (cálculos SPHINX)