



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO
UNIVERSITÁRIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO
UNIVERSITÁRIA**

Márcia Teixeira Pinto

**COMPARTILHAMENTO DO CONHECIMENTO NA UNIDADE
DE INTERNAÇÃO NEONATAL DO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA**

**Florianópolis/SC
2015**

Márcia Teixeira Pinto

**COMPARTILHAMENTO DO CONHECIMENTO NA UNIDADE
DE INTERNAÇÃO NEONATAL DO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Administração Universitária da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para a obtenção do Grau de Mestre em Administração Universitária.

Área de concentração: Gestão Universitária.

Linha de Pesquisa: Gestão Acadêmica.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Alessandra de Linhares Jacobsen

**Florianópolis/SC
2015**

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Pinto, Márcia Teixeira.

P659c Compartilhamento do conhecimento na Unidade de Internação Neonatal do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina /, Márcia Teixeira Pinto; Orientadora, Alessandra de Linhares Jacobsen - Florianópolis, SC, 2015. 116p.

Dissertação (Mestrado Profissional)- Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Sócio-Econômico, Programa de Pós-Graduação em Administração Universitária.

Inclui referências

1. Administração Universitária. 2. Compartilhamento do Conhecimento. 3. Unidade Neonatal. 4. Hospital Universitário. 5. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). I. Jacobsen, Alessandra de Linhares. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Administração Universitária. III. Título.

**COMPARTILHAMENTO DO CONHECIMENTO NA UNIDADE
DE INTERNAÇÃO NEONATAL DO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA**

Márcia Teixeira Pinto

Dissertação submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de **Mestre em Administração Universitária**.

Florianópolis, 30 de agosto de 2015.

Prof. Dr. Pedro Antônio de Melo
Coordenador do Curso

Banca Examinadora:

Profa. Alessandra de Linhares Jacobsen, Dra.
Orientadora
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Luís Carlos Cancellier de Olivo, Dr.
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Irineu Manoel de Souza, Dr.
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Gerson Rizzatti Júnior, Dr.
Universidade Federal de Santa Catarina

*Dedico este trabalho a
minha família que amo muito e
está sempre presente em todos os
momentos da minha vida, nos meus
medos e conquistas.*

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, a Deus por tudo que conquistei até aqui. A UFSC e ao PPGAU pela oportunidade de poder concretizar mais uma etapa profissional.

Em especial à minha mãe Celina, por ser “meu anjo da guarda”, por tanta dedicação, sempre orando por mim; ao meu pai Luiz, pelo apoio incondicional, confiança e amor; a Miriam, minha irmã pela compreensão e ajuda.

Ao meu marido Gerson, minha filha Nativa e meu filho Marcelo, que, com muito carinho e paciência, são um estímulo, sempre me ajudando e incentivando meus sonhos e projetos. Iluminando todos os dias da minha vida.

Minha eterna gratidão a quem permitiu que eu crescesse profissionalmente, à minha orientadora, Prof.^a Dra. Alessandra de Linhares Jacobsen, pela sua disponibilidade, e incentivo que foram fundamentais para realizar e prosseguir este estudo.

A todos os funcionários e professores do PPGAU, em especial ao Prof. Dr. Benjamim Cruz Junior, o “Tio Beija”, que com suas ótimas aulas, fez com que nossas tardes de segunda-feira nunca mais fossem as mesmas.

À minha chefe, Gorete, e meus colegas de trabalho, que me apoiaram e permitiram o distanciamento das minhas atividades no Hospital Universitário.

Aos médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem da Unidade de Internação Neonatal do Hospital Universitário, pela atenção e participação no desenvolvimento deste estudo.

À minha turma do mestrado, de quem levarei comigo valiosos aprendizados, preciosas recordações, muitas risadas e amigos queridos.

A todos os que não estão aqui mencionados, mas de alguma forma apoiaram a realização deste trabalho.

*“Talvez não tenhamos conseguido fazer o melhor,
Mas lutamos para que o melhor fosse feito.
Não somos o que deveríamos ser.
Não somos o que iremos ser.
Mas Graças a Deus, não somos o que éramos.”*

Martin Luther King

PINTO, Márcia Teixeira. **Compartilhamento do conhecimento na Unidade de Internação Neonatal do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina**. 2015. 116f. Dissertação (Mestrado Profissional em Administração Universitária)- Programa de Pós-Graduação em Administração Universitária, Centro Sócio-Econômico, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

RESUMO

Esta pesquisa tem como objetivo analisar fatores que influenciam o compartilhamento do conhecimento entre profissionais da saúde da Unidade de Internação Neonatal do HU/UFSC. Caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa classificada como aplicada, descritiva, de campo, bibliográfica, documental e um estudo de caso. Os participantes escolhidos para este estudo correspondem aos médicos(as), enfermeiros(as) e técnicos(as) de enfermagem que atuam na referida unidade hospitalar. Como critério de seleção dos elementos da amostra, optou-se pela tipicidade e acessibilidade, selecionando-se um representante de cada grupo e em cada turno de trabalho, perfazendo um total de nove sujeitos. A coleta de dados foi feita por meio de análise de documentos, consulta à bibliografia relacionada ao tema, observação e entrevista semiestruturada com os componentes da amostra. Os dados coletados foram tratados de forma não estatística por meio da técnica *Pattern Matching*. A pesquisa resultou na caracterização da atuação dos profissionais de saúde vinculados à Unidade Neonatal do HU/UFSC, evidenciando que, cabe ao corpo médico cuidar quase que exclusivamente do paciente, enquanto o corpo de enfermagem deve também garantir a gestão da Unidade. Como mecanismos de compartilhamento, foi identificado o uso de uma linguagem e visão comum, para os médicos, o uso de manuais e periódicos e, para o corpo de enfermagem, além da interação diária, a participação em eventos, como a Semana da Enfermagem. Como facilitadores, tem-se o uso de uma linguagem padrão e, para os médicos, o comprometimento e o respeito mútuo. Como barreiras, especialmente, para as enfermeiras, falta motivação e confiança entre os pares. Conclui-se que é possível aperfeiçoar o compartilhamento do conhecimento, notadamente, por meio da implantação de uma cultura voltada ao processo.

Palavras-chave: Administração Universitária. Compartilhamento do

Conhecimento. Unidade Neonatal. Hospital Universitário. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

ABSTRACT

This research aims to analyze factors that influence knowledge sharing among health professionals that belong to the neonatal unit of the University Hospital of UFSC. It is characterized as a qualitative research, and classified as an applied, descriptive, field, bibliographical and a documentary research, and as a case study. The chosen participants for this study are doctors, nurses and technical nurses that work in the Hospital. The sample was selected using the typicity and the accessibility criteria, by choosing an agent from each group, which resulted in nine professionals. Data collection was done by using documents, consulting the literature, doing observation and semi-structured interview with the sample components. The data collected were treated through Pattern Matching technic. The research resulted in the characterization of the activities developed by the professionals in the Neonatal Unit, showing that, almost exclusively, doctors should take care of the patients, while the nursing staff should also ensure the unit management. As sharing mechanisms, it was identified the use of a common language and a common vision. For the doctors, the use of manuals and of periodicals, and for the nursing staff, beyond the daily interaction, the participation in events such as Week of Nursing. As facilitators, the use of a standard language, and, for doctors, commitment and mutual respect. As barriers, especially for the nurses, lack of motivation and of confidence among peers. We conclude that it is possible to improve knowledge sharing in the Unit, specially through the implementation of a sharing culture.

Key words: University Administration. Sharing Knowledge. Neonatal Unit. University Hospital. Brazilian Hospital Services Organization (EBSERH).

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Mecanismos de compartilhamento de conhecimento.	53
Quadro 2: Participantes da pesquisa.	63
Quadro 3: Categorias e fatores de análise.	64
Quadro 4: Distribuição das questões no roteiro de entrevista.	66
Quadro 5: Identificação dos respondentes.	67

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

EBSERh	- Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
CAPES	- Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CCS	- Centro de Ciências da Saúde
COFEN	- Conselho Federal de Enfermagem
IES	- Instituições de Ensino Superior
IFES	- Instituições Federais de Ensino Superior
GC	- Gestão do Conhecimento
HU	- Hospital Universitário
HU/UFSC	- Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina
HumanizaSUS	- Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde
IPH	- Instituto de Pesquisas Hospitalares
LDB	- Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
MEC	- Ministério da Educação
OMS	- Organização Mundial da Saúde
PDI	- Plano de Desenvolvimento Institucional
PPGAU	- Programa de Pós-Graduação em Administração Universitária da UFSC
RN	- Recém-nascido
SAE	- Sistematização da Assistência de Enfermagem
SUS	- Sistema Único de Saúde
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TIC	- Tecnologia de Informação e Comunicação de Dados
UFSC	- Universidade Federal de Santa Catarina

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	21
1.1 OBJETIVOS DA PESQUISA.....	25
1.2 JUSTIFICATIVA DA PESQUISA.....	25
1.3 ORGANIZAÇÃO DO ESTUDO	28
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	31
2.1 EVOLUÇÃO DO PENSAMENTO ADMINISTRATIVO	31
2.2 GESTÃO UNIVERSITÁRIA	34
2.3 GESTÃO DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS.....	37
2.4 O SERVIÇO NEONATAL HOSPITALAR	43
2.5 GESTÃO DO CONHECIMENTO	47
2.5.1 Compartilhamento do conhecimento.....	51
2.5.2 Facilitadores e barreiras ao compartilhamento do conhecimento.....	54
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	61
3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA.....	61
3.2 CLASSIFICAÇÃO DA PESQUISA.....	61
3.3 PERSPECTIVA DO ESTUDO	62
3.4 DELIMITAÇÃO DO UNIVERSO	63
3.5 TÉCNICAS DE COLETA DOS DADOS.....	63
3.6 TÉCNICAS DE ANÁLISE DOS DADOS	67
3.7 LIMITAÇÕES DA PESQUISA.....	68
4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	69
4.1 ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE NA UNIDADE NEONATAL DO HU/UFSC	69
4.2 MECANISMOS USADOS PARA COMPARTILHAR CONHECIMENTO NA UNIDADE DE INTERNAÇÃO NEONATAL DO HU/UFSC	79
4.3 FACILITADORES E BARREIRAS PARA O COMPARTILHAR CONHECIMENTO NA UNIDADE DE INTERNAÇÃO NEONATAL DO HU/UFSC	86

4.4 APERFEIÇOANDO O COMPARTILHAMENTO DO CONHECIMENTO NA UNIDADE DE INTERNAÇÃO NEONATAL DO HU/UFSC.....	90
5 CONCLUSÃO.....	97
REFERÊNCIAS.....	101
APÊNDICES	113
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	115
APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista.....	116

1 INTRODUÇÃO

Diante da importância que o conhecimento possui para a sociedade atual, a gestão deste recurso é reconhecida como meio necessário para a criação de novo conhecimento, tornando possível a definição de soluções inovadoras para o enfrentamento das adversidades com que se deparam as organizações. Nesta perspectiva, Bhirud; Rodrigues e Desai (2005) destacam que a criação de um novo conhecimento é resultado da combinação de estruturas de conhecimento já existentes na organização ou da geração de conceitos inovadores que advém do compartilhamento do conhecimento. Afinal, como afirmam os autores,

[...] durante o compartilhamento do conhecimento [...], pode-se adicionar valor a ideias originais. Isso cria um crescimento exponencial no conhecimento original [...]. O conhecimento compartilhado entre funcionários inclui perícia no desenvolvimento de produtos, melhores práticas, descobertas em processos de melhora, conhecimento sobre demandas, hábitos e atitudes dos clientes. (BHIRUD; RODRIGUES; DESAI, 2005, tradução nossa).

Nesta mesma linha de raciocínio, outro autor, Abid (2007), lembra que o objetivo do compartilhamento do conhecimento pode variar de organização para organização, possibilitando tanto a definição de soluções colaborativas aos problemas vivenciados no dia-a-dia até o apoio no desenvolvimento das suas atividades.

Já, para Hendriks (2004), a relevância do compartilhamento do conhecimento reside na sua capacidade em estabelecer conexões entre o indivíduo e a organização em que atua, pois, neste processo, o conhecimento que cada um detém é levado ao nível organizacional, quando é convertido em valores para a organização. Ipe (2003), nestas condições, aponta o compartilhamento do conhecimento entre indivíduos como o processo por meio do qual acontece a conversão de uma unidade de conhecimento particular para outra compreensível e utilizável por todos na organização, uma vez que, segundo concebem Davenport e Prusak (1998), o compartilhamento do conhecimento não se refere unicamente àquele conhecimento codificado (estruturado), mas

igualmente a crenças, experiências e práticas contextualizadas, sendo somente por intermédio desse processo que se pode criar uma base comum de acesso amplo.

Depreende-se daí que o conhecimento tem o seu valor ampliado quando compartilhado. E, mais do que isso, o que se tem aqui é um processo de interação social que envolve a troca de informações, de experiências e de habilidades entre aqueles que atuam no ambiente organizacional. Em nível individual, esta troca ocorre, por exemplo, em uma conversa entre colegas de trabalho, ao buscarem caminhos para fazer aquilo que fazem de um modo melhor, mais eficiente e mais perfeito (ZAWAWI et al., 2011). Os mesmos autores afirmam, ainda, que, no nível da organização, tal processo acontece entre áreas e níveis diferentes de tomada de decisão, quando equipes compartilham suas experiências no intuito de melhorar o seu desempenho e de fazer com que o conhecimento que detêm fique acessível a todos.

Diante deste cenário, torna-se evidente a importância do compartilhamento do conhecimento para as organizações, ao ampliarem a sua capacidade de inovação e reduzirem esforços de aprendizado desnecessários (SCARBROUGH et al., 1999). Concomitantemente, porém, é preciso reconhecer a presença de controvérsias em torno do tema, que é considerado caracteristicamente complexo por uma variedade de pesquisadores, como Zawawi et al., (2011), Nonaka e Takeuchi (2008), Ipe (2003) e Hendriks (2004) e, por outros (SCARBROUGH et al., 1999), como sendo uma das atividades mais difíceis de serem efetivadas. No âmbito da gestão do conhecimento, identificam-se, por conseguinte, barreiras ao compartilhamento do conhecimento.

Neste cenário, as organizações hospitalares chamam a atenção, onde a aplicação do conhecimento destina-se a atividades-fim particularmente nobres, isto é, ao tratamento e cura de pacientes. O escopo da sua utilização fica ainda mais extenso no caso dos hospitais universitários, ambiente em foco no presente estudo, já que neles o conhecimento refere-se também à dimensão do ensino, da pesquisa e da extensão (ABID, 2007). Tais hospitais, além de oferecer local de trabalho, gerando crescimento e prestígio para as instituições de ensino ao qual estão vinculados, são igualmente responsáveis por trazer informação à saúde pública, apoiam no saneamento da comunidade e no controle de doenças transmissíveis e de pragas. Estes Hospitais são os principais componentes da assistência à saúde, integrado ao sistema social, pois, como comenta Ribeiro (1970), as funções desse tipo de hospital são amplas, podendo ser resumidas ao cuidado ao paciente,

internação, ambulatorial, emergência e reabilitação. Por tais prerrogativas, a gestão de hospitais universitários requer cuidados especiais, devendo trabalhar e agir com ética. Ademais, é necessário destacar que a legitimação da existência dos referidos hospitais vem pelo reconhecimento do trabalho que prestam, objetivo que, na opinião de Madalosso (2000), não é fácil de ser alcançado, sobretudo, no caso dos hospitais públicos brasileiros, que se deparam constantemente com problemas relativos à baixa qualidade do cuidado e da atenção que oferecem aos seus pacientes, à reduzida satisfação que a comunidade interna e externa tem em relação aos seus serviços, à excessiva carga de trabalho daqueles que lá atuam, bem como no que tange à necessidade de contenção de custos, situação que se faz concreta em grande parte das instituições de saúde do Brasil e do mundo.

Entre as unidades que compõem os hospitais universitários, encontra-se aquela responsável pelos serviços de internação neonatal que, da mesma forma, deve atender à tríade ensino-pesquisa-extensão. Neste setor, os desafios são particularmente intensos em relação ao papel desempenhado pelo enfermeiro no ambiente hospitalar como interlocutor entre médicos, técnicos de enfermagem, corpo administrativo e paciente. Para Santos et al., (2011), o enfermeiro tem assumido cada vez mais funções, incorporando, além das suas atribuições técnicas,

[...] a gerência de pessoas, de equipes e processos, direta e/ou indiretamente relacionados ao cuidado que envolve a coordenação e articulação das atividades realizadas por diferentes profissionais nas unidades de internação. (SANTOS et al., 2011, p.960).

As características deste contexto permitem deduzir novamente sobre a necessidade de se contar com o apoio do conhecimento na gestão de serviços de saúde em hospitais universitários. Nota-se aí que, além de tal recurso ser gerado em grandes volumes, é criado e usado por interessados diversos, seja por profissionais técnicos (terapeutas, médicos, pesquisadores, professores e enfermeiros), ou por gestores, pacientes, e seus familiares, e entidades externas (fornecedores, governo e sociedade em geral).

Essas características intensificam-se em relação às unidades hospitalares destinadas ao cuidado de pacientes neonatal, considerando-se as peculiaridades anatômicas e fisiológicas apresentadas pelo recém-nascido (RN) que o diferenciam de outras faixas-etárias (DINIZ, 2008,

p.27), assim, a complexidade do paciente exige o cuidado não apenas para os problemas fisiológicos, mas, também para as questões psicossociais, ambientais e familiares que se tornam intrinsecamente interligadas à doença física.

Apenas neste contexto já é possível se identificar a complexidade da situação, exigindo um olhar da gestão e do compartilhamento do conhecimento para que se possa lidar adequadamente com ela, o que implica em desafios a serem vencidos, inicialmente, pela própria natureza da organização em questão. Ademais, há outras barreiras e fatores que afetam especificamente o compartilhamento do conhecimento, tais como a motivação para compartilhar, a cultura organizacional e os mecanismos usados para compartilhá-lo (IPE, 2003; NONAKA; TAKEUCHI, 1998).

Por consequência, se por um lado o compartilhamento do conhecimento na unidade neonatal de hospitais universitários, se bem administrado, refere-se a um processo capaz de conduzir à melhora da qualidade das suas atividades e do seu processo decisório e à produção de soluções inovadoras às dificuldades diárias e/ou ao cuidado e tratamento do RN, de outro, ele representa um desafio de gestão em função da presença de fatores que podem afetá-lo tanto positiva como negativamente, o que exige o desenvolvimento de reflexões mais profundas sobre o assunto.

Partindo daí, adota-se a internação neonatal do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC) como unidade de estudo a ser investigada nesta pesquisa.

O HU/UFSC, inaugurado em 1980, localiza-se no campus da UFSC Prof. Davi Ferreira Lima, da Trindade. Este, público e gratuito, está voltado ao ensino, pesquisa e extensão na área de saúde e afins, bem como deve prestar assistência à comunidade na área da saúde em todos os níveis de complexidade, universal e igualitariamente, e na área da educação (UFSC, 2014). Uma das rotinas do HU/UFSC é a assistência humanizada, apoiada pela Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde (HumanizaSUS), formulada por meio da sistematização de experiências do chamado "SUS que dá certo", com o objetivo efetivar práticas de atenção e de gestão, assim como estimular a solidariedade (HUMANIZASUS, 2014).

Inserida no contexto do HU/UFSC, encontra-se a Unidade Neonatal do HU/UFSC. A escolha desta Unidade foi feita considerando-se, *a priori*, as especificidades referentes a ela, as quais acabam por fortalecer a relevância do compartilhamento do conhecimento como ferramenta de gestão capaz de apoiar no enfrentamento dos seus

desafios. Além do mais, o HU/UFSC e respectivo setor de internação neonatal representam unidades hospitalares de referência pública, sendo reconhecido como um espaço privilegiado para a realização da pesquisa multicêntrica pelo seu amplo alcance no atendimento, reconhecimento e confiabilidade perante a comunidade, bem pela amplitude dos programas de saúde que desenvolvem (UFSC, 2014).

Diante do exposto, elabora-se, para o presente estudo, a seguinte pergunta de pesquisa: **Quais fatores influenciam o compartilhamento do conhecimento na Unidade de Internação Neonatal do Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)?**

1.1 OBJETIVOS DA PESQUISA

Considerando-se a pergunta elaborada para a pesquisa proposta, buscando-se respondê-la, definem-se os objetivos geral e específicos mostrados a seguir.

O objetivo geral deste trabalho é: **Analisar fatores que influenciam o compartilhamento do conhecimento na Unidade de Internação Neonatal do Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).**

Já, os objetivos específicos são:

- a) Descrever a atuação dos profissionais que atuam na Unidade Neonatal do HU/UFSC;
- b) Identificar mecanismos (formas e meios) usados para compartilhar conhecimento na Unidade de Internação Neonatal do HU/UFSC;
- c) Apontar facilitadores e barreiras para o compartilhamento do conhecimento na Unidade de Internação Neonatal do HU/UFSC;
- d) Propor ações para o aperfeiçoamento do compartilhamento do conhecimento na Unidade de Internação Neonatal do HU/UFSC.

1.2 JUSTIFICATIVA DA PESQUISA

Na concepção de Roesch (2009, p. 98), justificar uma pesquisa é “apresentar razões para a própria existência do projeto”. Continuando, a

autora diz que esta seção é importante, pois se, por um lado, obriga o autor a fazer uma reflexão sobre sua proposta de maneira abrangente, por outro, o faz situar-se na problemática, a partir da identificação da oportunidade, da importância e da viabilidade do projeto (ROESCH, 2009, p.98-99).

Sendo assim, antes de tudo, para este trabalho, é preciso destacar a importância em se estudar aspectos relativos à gestão do conhecimento em virtude da relevância que este processo tem para as organizações como um todo. Especificamente, no que tange ao tema escolhido para o desenvolvimento desta pesquisa, há que se destacar que o compartilhamento do conhecimento, no âmbito da gestão do conhecimento, refere-se ao processo que permite a troca de conhecimento entre os membros de uma organização, seja esse conhecimento do tipo tácito ou explícito, com vistas a melhorar o seu desempenho, criar valor e gerar inovação, seja de produtos, serviços, decisões ou soluções para os problemas vividos diariamente (SVEIBY, 1998). No caso de uma unidade de internação neonatal, a significância do compartilhamento do conhecimento é ainda maior, posto que se trata de um setor hospitalar de grande complexidade, considerando-se, sobretudo, sua finalidade. Nestes termos, Montanholi; Merighi e Jesus (2011, p.2) recordam que este se constitui em:

[...] ambiente terapêutico apropriado para tratamento do recém-nascido (RN) em estado grave. A fragilidade desse RN, a crescente implementação de procedimentos de alto risco e a baixa tolerância a erros de medicação são algumas preocupações dos profissionais de enfermagem que atuam na Unidade de Terapia Neonatal.

Com base nos benefícios oferecidos pelo compartilhamento do conhecimento, acredita-se que um estudo sobre esta realidade na citada Unidade de Internação Neonatal do HU/UFSC, a partir da identificação das barreiras e dos facilitadores que lá existem para isto, acabam por influenciar o desenvolvimento e o sucesso de tal processo.

A importância do trabalho reside também no fato de que, por meio dele, torna-se possível desenvolver a consciência entre aqueles que atuam na Unidade do HU/UFSC acerca do valor estratégico que o compartilhamento possui.

De outro modo, leva-se em conta o momento delicado em que o HU vive ao tentar superar uma crise financeira, com falta de pessoal e também recursos materiais. A pesquisa pode assim agregar valor ao HU,

partindo daí, então, a oportunidade em realizar a pesquisa. Vê-se, nestes termos, a viabilidade, que surge da atuação da própria pesquisadora no Hospital Universitário da UFSC, a partir da qual identificou, por meio do seu contato diário com os profissionais da Unidade de Internação Neonatal, a preocupação com o compartilhamento do conhecimento, com vistas a obter o adequado tratamento dos seus pacientes, no menor tempo possível e com os maiores níveis de sucesso. O seu resultado pode contribuir para melhorar a gestão do conhecimento no Hospital Universitário.

Sua importância está também para o Programa PPGAU e para a gestão universitária como um todo. Afinal, o trabalho aborda uma unidade hospital, mas não de um hospital qualquer e, sim, de um hospital universitário. Segundo Sodré et al., (2013, p.365), “no Brasil, os hospitais universitários federais (HUFs) têm por finalidade exercer o ensino, a pesquisa e a extensão, por meio da assistência à saúde”. Por conseguinte, referem-se a organizações complexas que exigem particular habilidade de gestão, uma vez que precisam atender a demandas de saúde da população e, concomitantemente, aquelas estabelecidas pelos propósitos de uma universidade. Como complicador, os hospitais vinculados às universidades federais brasileiras vivem uma crise sem precedentes, conforme já comentado anteriormente. Nestes termos, ganha duplamente a gestão universitária com a realização deste estudo, posto que ele versa não somente acerca das particularidades da gestão de uma universidade em geral, mas, sobretudo, quanto à gestão hospitalar universitária, no que tange ao tema compartilhamento do conhecimento.

Ainda sobre a unidade neonatal do HU/UFSC, observa-se que, neste ambiente, é comum a circulação de profissionais de várias áreas, 24 horas por dia, sejam médicos, fonoaudiólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, farmacêuticos, psicólogos, assistentes sociais, professores e estudantes universitários das áreas da saúde, sem esquecer, naturalmente dos pais dos pacientes, sendo que todos estes são atores primordiais na realização dos seus serviços. Tem-se aí uma dinâmica dependente do compartilhamento de conhecimento que ocorre entre todos estes sujeitos citados.

Igualmente como oportunidade e importância teórica da presente investigação, destaca-se que, em pesquisa realizada junto ao Portal CAPES/MEC (<http://www.periodicos.capes.gov.br/>), em 25 de junho de 2014, ao se usar como palavra-chave o termo **gestão de hospitais universitários** (Figura 1), constatou-se que, de 221 ocorrências de trabalhos, trata de unidades neonatal e apenas 1 trabalho desenvolve

sobre **gestão do conhecimento** (mais especificamente acerca de transferência de conhecimento). Portanto, desse total, não foram encontradas pesquisas sobre o tema **compartilhamento do conhecimento**, nem tampouco em unidades neonatais.

Figura 1: Pesquisa no Portal de periódicos CAPES/MEC.



Fonte: Elaborada pela autora.

Por conseguinte, diante da insuficiência de trabalhos sobre compartilhamento de conhecimento em unidades neonatal de hospitais universitários (Figura 1), são trazidas contribuições teóricas que permitam refletir de modo mais profundo acerca do tema em questão.

Por fim, aponta-se a pesquisa como viável, na medida em que existe farta bibliografia sobre o tema central – compartilhamento do conhecimento e gestão do conhecimento. Além disso, a partir da autorização obtida por parte da chefia da Unidade de Internação Neonatal do HU/UFSC, foi possível acessar os dados primários necessários para a realização do estudo.

1.3 ORGANIZAÇÃO DO ESTUDO

O trabalho está organizado em cinco capítulos principais, sendo eles o de Introdução, de Fundamentação Teórica, de Procedimentos

Metodológicos, de Apresentação e Análise dos Dados e de Conclusão.

O primeiro capítulo, de Introdução, traz a contextualização do tema-problema, a pergunta de pesquisa, bem como seus objetivos e sua justificativa.

No segundo capítulo, são trazidos os fundamentos teóricos que amparam o desenvolvimento do atual estudo, especialmente no que se refere a temas como princípios da administração, gestão universitária e gestão de hospitais universitários, o serviço neonatal, o compartilhamento no âmbito da gestão do conhecimento.

Em seguida, no terceiro capítulo, constam os procedimentos metodológicos utilizados para a realização da pesquisa, incluindo a caracterização e classificação da pesquisa, delimitação do universo e a amostra formada a partir dele, a perspectiva do estudo, limitações do método e técnicas adotadas para a coleta e análise de dados.

No quarto capítulo, faz-se a apresentação, análise e interpretação dos resultados da pesquisa, a partir do que, no capítulo cinco, são formulados a conclusão e um conjunto de sugestões de pesquisas futuras, em resposta aos objetivos e pergunta da pesquisa elaborados para o estudo, por ocasião da redação da sua Introdução.

Finalmente, como elementos pós-textuais, encontram-se a lista de Referências usadas na pesquisa e, também, os Apêndices, como material complementar desenvolvido por sua própria autora. Entre estes últimos, destaca-se o roteiro usado para coletar os dados junto aos entrevistados da Unidade de Internação Neonatal do HU/UFSC.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Com o objetivo de buscar a compreensão e sustentação para o desenvolvimento da presente pesquisa, este capítulo inicia-se com os fundamentos da administração, a partir de uma perspectiva histórico-evolutiva, com ênfase em administração pública, gestão universitária e gestão hospitalar em universidades públicas e, mais particularmente, sobre a atividade de enfermagem. Além disso, torna-se fundamental falar a respeito da gestão do conhecimento, com foco na questão do compartilhamento do conhecimento, tema de interesse deste estudo.

2.1 EVOLUÇÃO DO PENSAMENTO ADMINISTRATIVO

Como definição, num breve histórico pode-se dizer que a administração já havia sido abordada em meados de 1869, por Littrè, colocando que “administrar é dar forma a um estabelecimento e regular seu arranjo interno” (LITTRÈ, 1869 apud SILVA; WEIGEL, 2014). Em outro período, por volta de 1877, Adolphe Guibault traz a ideia que esta seria relativa a um conjunto de meios apropriados a fins específicos (GUIBAULT apud CARQUEJA, 2011).

Já, a Teoria Clássica de Henry Fayol, no início do século passado, trouxe uma definição baseada nos componentes básicos da administração, referindo-se à racionalização da estrutura administrativa (JACOBSEN; CRUZ JUNIOR; MORETTO NETO, 2006). Fayol, nestes termos, compreende que “administrar é prever, organizar, comandar, coordenar e controlar”, com base em princípios da boa administração (JACOBSEN; CRUZ JUNIOR; MORETTO NETO, 2006). Portanto, é dele a clássica visão das funções do administrador: organizar, planejar, coordenar, comandar e controlar, onde prever é perscrutar o futuro e traçar os programas de ação, ou seja, planejamento; organizar é constituir o duplo organismo, social e material da empresa; comandar é dirigir o pessoal; coordenar é ligar, unir e harmonizar todos os atos e esforços; controlar é velar para que tudo corra de acordo com as regras estabelecidas e as ordens dadas (CHERUBIN, 1995).

A perspectiva histórica até aqui trazida revela a existência de inúmeras definições para o termo administração. Mas de modo amplo,

pode-se considerar a administração como sendo a ciência e a arte, tendo como base a ética, destinada a possibilitar às instituições humanas, a consecução dos seus objetivos coletivos e individuais, com eficiência e eficácia. Porém, na dimensão do conhecimento e da prática organizacional, a administração é recente, apesar de ter tido um acelerado desenvolvimento de, nos dias atuais, permear todas as áreas do saber e do agir (CHERUBIN; SANTOS, 2003).

No resumo histórico da administração, vê-se que, com a expansão da economia, acompanhada do livre mercado, revelou-se um grande desequilíbrio econômico, e um desenvolvimento desigual no país e no mundo, havendo cada vez menos interesse pela área social. O mercado e o capitalismo, por vezes, em uma concorrência desleal para conquistar o consumidor a qualquer custo, adaptaram estratégias para enriquecer suas empresas. Houve um período na história, contudo, em que ocorre uma grande transformação, baseada nas ideias de Adam Smith e Karl Marx, que acaba por influenciar definitivamente os conceitos das áreas da administração, economia e política, iniciando-se, então, o posicionamento do mercado como líder nas relações sociais (NUNES, 2004).

Em verdade, foi em meados de 1770 que Adam Smith iniciou a Teoria Geral da Administração, instituindo a Escola Clássica da Economia, fixando a ideia da especialização da mão de obra, controle do desempenho e remuneração do trabalhador com premiação pelos resultados (NUNES, 2004). Já, em 1800, com aparecimento dos grandes conglomerados e com a industrialização, a preocupação dos pensadores da administração foi oferecer às organizações subsídios para a sua gestão, a partir dos quais é colocada em prática a ideia de se instituir uma estrutura decisória organizada hierarquicamente, visando a operacionalização das suas atividades, o que levou à criação de organogramas compostos por funções de linhas de mando e de assessoria (CRUZ JUNIOR, 1988).

Na década de 30, surgiu o Movimento das relações humanas e da Sociologia Industrial, por meio do qual se desenvolve o conceito da atividade grupal e, conseqüentemente, concepções como acerca de dinâmica de grupo, de aconselhamento pessoal, de treinamento de supervisores, de técnica de diagnóstico organizacional e de avaliação de desempenho (JACOBSEN; CRUZ JUNIOR; MORETTO NETO, 2006).

Porém, mesmo diante de formulações tão relevantes à Administração, foi com o lançamento do livro *A Revolução Administrativa*, de James Burham, em 1941, que ocorre o auge da valorização da administração, já que nele era trazida a ideia de que os

dirigentes do mundo seriam os administradores e que o socialismo e o capitalismo tendiam a desaparecer e a sociedade seria dirigida por administradores profissionais (MOTTA, 1981). Tais ideias eram, de fato, revolucionárias, mas não geraram maiores impactos, sendo que, mais tarde, somente com a criação dos computadores e desenvolvimento de uma área de estudo denominada cibernética, nos anos 60, é que acontece uma reforma radical, surgindo especialidades e formação específica de profissionais, com trabalhos em série, talentos humanos deixam de ser explorados, havendo a redução da realização pessoal e da satisfação com o trabalho (CHERUBIN, 1995).

Cabem agora, a esse administrador, antecipar-se a possíveis situações de crise organizacional e de mercado e, acima de tudo, ter uma valência muito importante, citada por Cruz Júnior (1988) e Jacobsen; Cruz Junior e Moretto Neto (2006), que é a visão sistêmica, indispensável à gestão das organizações, uma vez que estas não devem ser consideradas somente por sua estrutura e funcionamento, mas a partir da relação de interdependência entre seus elementos e com o meio em que se encontra inserida.

Na sequência, foram reforçados princípios significativos da administração científica (MOTTA, 1981), quais sejam:

- a) Ciência do trabalho, seleção e desenvolvimento científico do trabalhador;
- b) Compatibilização entre a ciência do trabalho e a seleção do pessoal;
- c) Cooperação integral entre administrador e mão de obra.

Surge, então, a perspectiva de que a satisfação e a motivação podem ser alcançadas, levando-se em conta aspectos culturais e mudança das crenças e valores das pessoas, com treinamento, diálogo e reuniões, para qualificação e trabalho com racionalidade pelos subordinados. Tentar incluir o máximo de participantes do grupo para ouvi-los e para que eles se sintam motivados e valorizados. Adequar o servidor em um local onde suas qualidades e aptidões sejam evidenciadas, para que o setor desenvolva e todos atinjam suas metas. Por meio de administradores com foco e determinismo, é possível mudar a cultura organizacional. Instigar para aprender ou resgatar experiências, conhecimento e habilidades das pessoas, fatores essenciais para um pleno funcionamento da instituição (CRUZ JÚNIOR, 2004).

A administração, no Brasil, foi oficializada pela Lei N° 4.769, de 09 de setembro 1965, que regulamente o exercício da profissão de Técnico de Administração e cria os Conselhos Técnicos Federais e

Regionais (BRASIL, 1965). E, em 1985, a Lei Nº 7.321 alterou também sua denominação de técnico para administrador, inclusive em relação à denominação dos Conselhos citados (BRASIL, 1985).

2.2 GESTÃO UNIVERSITÁRIA

A administração refere-se a um conceito universal, já que suas funções e princípios devem ser utilizá-los pelos administradores em qualquer tipo de organização, esteja ela visando o lucro ou não, seja ela do setor público, do setor privado ou do terceiro setor. De outro modo, porém, a aplicação de tais funções ou princípios deve respeitar os fins e a natureza da organização em uma dada realidade social (CARQUEJA, 2011).

As Instituições de Ensino Superior (IES), por exemplo, referem-se a um tipo de organização que possui suas especificidades e, portanto, solicitam que sua administração seja desenvolvida de forma diferenciada daquela realizada em outros contextos. Essa realidade sugere o entendimento de determinados conceitos, os quais são explorados na sequência (JACOBSEN; CRUZ JUNIOR; MORETTO NETO, 2006).

As IES tem sua função social e, na condição de Autarquia Federal, as Instituições Federais de Ensino Superior (IFES) são mantidas pela União. Sendo assim, sua autonomia administrativa, financeira e patrimonial entra em conflito com os conceitos limitantes do art. 53 da Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) (BRASIL, 1996), que colocam as Universidades na mesma situação de dependência dos demais órgãos da Administração Indireta, atreladas ao sistema centralizado do governo federal, sob a batuta do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.

Depreende-se daí que as IES possuem fins e características que as diferem das demais, exigindo o uso de modelos de gestão que levem isso em conta. Ademais, neste tipo de instituição, há que se considerar a necessidade de se respeitar os seus talentos. Pois, conforme argumenta Ramos (1989), quando critica a Teoria das Organizações, presente no dia-a-dia das organizações brasileiras, esta impõe normas rígidas de gestão, onde a funcionalidade prevalece sobre as potencialidades humanas, conceituando os indivíduos como se todos fossem iguais, tentando enquadrá-los na organização. Porém, atualmente, consideram-se as pessoas como elemento central do processo administrativo, uma vez que são elas que atuam nas organizações e, por conseguinte, são muito importantes no complexo inteiro.

Percebe-se, daí, que os indivíduos devem ser lembrados ao se organizar, planejar e tomar decisões, visando a realização de mudanças para criar mais comprometimento por parte daqueles que a compõem. A capacidade da organização na sua forma criativa para desenvolver seu trabalho e sua produção vai de encontro com a capacidade e produção das pessoas que nela trabalham. Assim sendo, as organizações não podem ser mais competentes que as pessoas que participam dela (PICCHIAI, 2009).

De outro ponto de vista, cabe lembrar que, em uma sociedade adoecida pelo consumo, onde tudo é necessário e urgente, o trabalhador é levado a se especializar em uma única função, como uma máquina, e atos como pensar, ler ou trocar experiências é oposto à produção (CONSUMO SUSTENTÁVEL, 2005). Ficar na frente de um computador, por exemplo, é mais fácil do que manter contato com pessoas ao vivo, não há conflitos, onde o isolamento é inevitável. Trabalhar em equipe se transforma em um desafio ao mesmo tempo em que é importante para se desenvolverem novas ideias.

Se as organizações forem repensadas, segundo Cruz Júnior (2004), o ambiente atual de trabalho necessita passar por mudanças. Mas, neste âmbito, há que se ter em mente que a cultura organizacional está sempre presente nas forças de trabalho, moldando suas atitudes, sendo que suas crenças e valores revelam seus comportamentos como uma personalidade do grupo.

A gestão que considera a cultura organizacional leva em conta toda a bagagem de vida de seu pessoal, seus costumes e tradição, seu ambiente natural e, principalmente, sua história. A cultura é, assim, uma importante parte que integra o trabalhador com o meio e a organização e, por isso, deve ser resgatada pelo administrador ao desenvolver os processos de gestão (PICCHIAI, 2009).

Em contrapartida, promover e resgatar a motivação e o comprometimento são fundamentais para evitar o fracasso na gestão das organizações (OLIVEIRA; NASCIMENTO; FRANCO, 2013). Além disso, é preciso valorizar o trabalho do indivíduo o qual deve lhe trazer a realização pessoal com saúde e satisfação, e não lhe manifestar a percepção ou sensação de exploração e sofrimento. Ademais, quando o servidor se sente parte, em todos os sentidos, da organização em que atua, ele toma suas decisões com tranquilidade porque se sente confiante com relação aos colegas e chefias. Em uma situação oposta, ocorre o declínio da produção, má vontade, insatisfação, podendo chegar à alienação e até sabotagem (CRUZ JÚNIOR, 2004).

Tais condições revelam que, em verdade, é preciso ter um olhar

sistêmico sob a organização, em que aspectos, tais como clima e cultura organizacional, podem constituir-se em um indicador de satisfação. Ainda, como o conjunto e características da equipe formam a história da organização, torna-se necessário fazer um planejamento cuidadoso, partindo-se para o uso de modelos de gestão adaptados a ela, o que pode levá-la ao sucesso e à produção e uniformidade de trabalho seguindo as formas da sociedade sem frustração e com felicidade. Contudo, mesmo diante dessas constatações, vale dizer que a maior parte das técnicas e instrumentos de gestão encontra-se ainda bastante centradas no aumento da produtividade e eficiência da organização, considerando o trabalhador em um segundo plano, embora, nem sempre, esta condição seja explicitada (FIRMO, 2004).

No caso da UFSC, instituição onde se localiza o objeto de estudo do presente trabalho (HU), esta se refere a uma autarquia, a qual exige profissionais capacitados e comprometidos para que possa alcançar seus objetivos. Neste ambiente, o conhecimento e profissionalização na área da gestão pública contribuem com a eficiência no desempenho das atividades no dia a dia do servidor. Sobre tal realidade, Colombo (2010, p.168) afirma que, além do gestor ter que enfrentar a complexidade inerente a universidade, ele precisa ainda saber lidar com um dilema relativo a instituir a profissionalização neste tipo de organização, posto que:

[...] apesar de a academia ser, para a sociedade, um centro disseminador de modelos, metodologias e boas práticas de gestão de pessoas, esses referenciais não são aplicados plenamente no cotidiano das instituições de ensino ficando restrito, em muitos casos, apenas aos conteúdos de seus programas acadêmicos. Constata-se uma constante dicotomia entre os saberes da academia e a respectiva aplicação desses conhecimentos na empresa educacional, sendo a excelência na gestão de pessoas apenas centrada nos estudos e pesquisas, mas não direcionada à sua implementação. (COLOMBO, 2010, p. 168).

Todos os assuntos até aqui comentados são pertinentes para identificar e classificar os movimentos na instituição classificada como hospital universitário, considerando-se seus participantes, gestores e subordinados, levando-se em conta não somente os números, mas suas capacidades e criatividade para executar as tarefas do cotidiano, sempre valorizando as pessoas no contexto organizacional e, por consequência, o que é criado e nasce nas suas mentes - conhecimento.

2.3 GESTÃO DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS

Os hospitais podem ser identificados como sistemas complexos e estão em contínua transformação e a inovação é fundamental para sua sobrevivência constituindo-se uma condição para agir diante dos desafios impostos pelas forças ambientais. Assim, sua gestão implica em saber conviver com a incerteza e a imprevisibilidade (VILAS BOAS, 2015). Demais, são muitos os problemas enfrentados pelo da saúde resultando em um cenário de difícil atuação para a administração.

Na administração pública, no contexto dos hospitais, também não é diferente, diante dos graves problemas pelas quais tais organizações enfrentam na atualidade, que afetam as condições de saúde da população e, mais diretamente, o meio hospitalar. No Brasil, por exemplo, identifica-se que a força de trabalho dos hospitais é insuficiente para atender as demandas de saúde da população, provocando efeitos sobre ela. Conforme a Organização Mundial de Saúde, 40 milhões de pessoas (quase 30% da população) necessitam de algum atendimento em saúde mental ou comportamental. As doenças mentais e neurológicas atingem aproximadamente 700 milhões de pessoas no mundo, representando mais de um terço do total de casos de doenças não transmissíveis (OMS, 2013).

Com esta visão, pode-se reportar para os problemas de gestão dos hospitais das IFES. Estes desempenham papel particular na sociedade, uma vez que assumem responsabilidades inerentes a uma variedade de funções, desde aquelas voltadas a garantir a saúde da população, como aquelas relativas ao ensino, à pesquisa e à extensão. Portanto, tal instituição necessita ser repensada, especialmente quando o assunto é a obtenção da melhora dos serviços que oferece.

Os hospitais universitários (HU's) são unidades hospitalares ligadas a Universidades em todo o país. Eles têm como função primordial ser um espaço de formação e atuação dos estudantes universitários da área da saúde no universo do tripé ensino, pesquisa e extensão (VIGNOLI NETO, 2013). O autor comenta, igualmente, que, além de realizar pesquisas, os hospitais fornecem atendimento assistencial à parcela significativa da população brasileira, principalmente a mais carente, além de se destacarem na realização de cirurgias e atendimentos de alta complexidade.

Entretanto, afirma Vignoli Neto (2013), o crescimento da oferta e da demanda de atendimento nos hospitais não foi acompanhado por aumentos de recursos, tampouco pela contratação de funcionários. Devido ao financiamento reduzido e à falta de profissionais decorrente

da ausência de concursos públicos, as universidades passaram a contratar funcionários terceirizados, por meio das fundações de apoio, sobrecarregando e endividando os hospitais. Todo esse panorama viria a ser chamado pelo governo Lula de crise dos hospitais universitários.

Aproveitando-se dessa suposta crise dos HU's, Sodré et al., (2013) conta que, que, posteriormente, seria imputada ao seu modelo de gestão pública, o governo começou a colocar em prática o que seria a sua mais recente tentativa de flexibilização do regime jurídico dos serviços de saúde no país - a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), criada pela Medida Provisória nº 520 e convertida posteriormente na Lei nº 12.550/2011.

Mas, a complexidade da organização hospitalar, seja ele universitário ou não, vai muito além dos aspectos estruturais, sendo estes os elementos comportamentais que complicam o funcionamento do hospital (CHERUBIN; SANTOS, 2013).

Os hospitais são igualmente caracterizados por serem organizações profissionais com muitas especificidades, necessidades emergenciais marcadas pela interdependência entre setores, profissionais e forte mandato social. Trata-se de ambientes que reúnem a necessidade da precisão tecnológica, da boa gestão, de eficiência profissional associadas à humanidade, aos valores sociais, à promoção da vida em sua dimensão integral (NEVES, 2009).

Para iniciar esta reflexão, cabe ressaltar que a administração hospitalar não era considerada como atividade profissional até meados de 1915 (MEDEIROS, 2013). Em 1929, conforme afirma Medeiros (2013), Michael Davis, pioneiro no desenvolvimento da profissão, destacou três aspectos importantes para se seguir, quais sejam:

- a) hospital deve ser visto como um negócio;
- b) hospital deve estar a serviço da comunidade;
- c) hospital deve estar em harmonia com a medicina.

Tais aspectos permaneceram como princípios por décadas nos Estados Unidos (MEDEIROS, 2013).

A administração hospitalar no Brasil inicia com cursos de curta duração com o nome de Curso de Organização e Administração Hospitalar, com duração de seis meses, através do Dr. Teófilo de Almeida, médico mineiro, como cita Cherubin (1992). Em 1952, foi fundado, em São Paulo, o curso de pós-graduação em administração hospitalar, que é ministrado até hoje na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, E, em 1969, é criado no Hospital Matarazzo um curso para graduados, que depois foi concluído no Hospital São

Camilo, criação de currículo mínimo sob a direção do Pe. Cherubin (1995).

Hospitais Universitários e de Ensino representam em torno de 160 instituições reconhecidas pelo Ministério da Educação e Ministério da Saúde (BONACIM; ARAUJO, 2009) como entidades de ensino que tem como função a formação de estudantes da área da saúde de nível superior, as quais congregam a maior parte dos cursos de pós-graduação do País nesta área, bem como respondem pela produção do conhecimento e atendimento à saúde da população. A rede de hospitais universitários federais é formada por 47 hospitais vinculados a 33 universidades federais (BRASIL, 2012).

Segundo a Federação Brasileira de Administradores Hospitalares – (CHERUBIN, 1977), em uma época em que o empirismo dominava a arquitetura hospitalar, o arquiteto Jarbas Karman partiu em busca dos fundamentos técnicos e científicos da arte de projetar, e cria o Instituto de Pesquisas Hospitalares (IPH), e, em 1973, o Presidente da República, pelo Decreto n.º 73.264, autorizava o funcionamento, para o IPH, da primeira Faculdade de Administração Hospitalar da América do Sul (BRASIL, 1973). Sobre tal decreto, alguns aspectos são destacados, a seguir, em forma de artigo (CHERUBIN, 1977):

Art. 4- O Administrador Hospitalar tem também formação cultural e humanista que lhe permita acompanhar o progresso da Administração Hospitalar, além da ciência, técnica e arte, devendo tomar parte ativa em estudos, organizações e promoções específicas, que visam aprimorá-las constantemente.

[...]

Art. 19- O Administrador Hospitalar tem consciência de que os recursos humanos são o principal e verdadeiro patrimônio do hospital e aplica uma política de recursos humanos que possibilite, de forma integrada, o desenvolvimento de todas as potencialidades de seus servidores.

Sendo assim, deve existir uma busca constante pela harmonia no trabalho com competência e para uma compreensão do significado da educação, sendo uma forma de superação das dificuldades (CRUZ JÚNIOR, 2004). Isso pressupõe que a educação não deve capacitar as pessoas para o mercado de trabalho, e sim capacitar para a vida (CRUZ JÚNIOR, 2004). A educação deve ser contínua, se isso não acontecer, não é educação. Nesta mesma direção, Ribeiro (1970) indica que

trabalho feliz e produtivo relaciona-se com os fatores “sentir, pertencer, ter confiança e respeito” que o empregado deve ter consigo e membros do grupo produzindo resultados valiosos: produtividade cresce, à medida que haja estes sentimentos.

Na gestão de hospitais, cabe lembrar que estes são organizações que prestam serviços imprescindíveis para a sociedade, já que atendem suas demandas de saúde (RIBEIRO, 1970). Em se tratando do HU/UFSC, intensifica-se sua amplitude por ser ainda uma área de educação e ensino, para toda comunidade universitária. Além disso, tais instituições precisam ser vistas como sistemas abertos que geram empregos, existindo, assim, um processo permanente de interação e integração com as pessoas e contextos a que estão relacionados, sejam, pacientes, servidores, professores, alunos e o meio ambiente. São sistemas que se adaptam, aprendem e influenciam e são influenciados. Os hospitais são organizações de constante aprendizado, seus envolvidos aprendem com suas atividades exercidas na rotina hospitalar (RIBEIRO, 1970).

Dentro dos Hospitais Públicos, tem-se os Hospitais Universitários Federais, instituições mantidas por Universidades Públicas e que fazem parte do Sistema Único de Saúde, eles têm como objetivo a formação de profissionais de saúde e o desenvolvimento de pesquisas na área. Atualmente, os Hospitais Universitários Federais correspondem a maior rede de Hospitais do sistema público com 47 hospitais em toda extensão do território brasileiro e compõe 12% de todas as internações do Sistema brasileiro de saúde SUS (SODRÉ et al., 2013).

Na ótica de Sodré et al.,(2013), esses hospitais possuem um histórico de problemas de financiamento, principalmente, quando eles deixaram de ser instituições meramente de ensino e passaram a ser referência em assistência em saúde. Já, Abreu (2014) entende que o período dessa modificação coincide com o auge das ideias ultraliberais no Brasil, dos anos de 1990, que enxuga o financiamento para as áreas sociais, conforme debatido anteriormente, o que resultou num déficit de profissionais pela falta de realização de concursos públicos e que acarretou em uma grande precarização dos serviços. “A alternativa encontrada pelas Universidades Federais foi a contratação de mão de obra terceirizada, por meio das fundações de apoio e que mais tarde culminou com o endividamento desses nosocômios” (ABREU, 2014, p.99).

Particularmente no âmbito da saúde, enfrenta-se uma crise tanto de pessoal quanto orçamentária, na sequência, ocorre um gradativo sucateamento da rede pública e o avanço de uma política racionalizadora

fundada na seletividade da atenção, contribuindo de forma direta e indireta para a expansão da rede privada. Portanto, assiste-se a partir do aprofundamento da matriz neoliberal, o desmonte dos direitos conquistados e implementados através do Sistema Único de Saúde. A contratação de serviços de terceiros para a prestação da atenção à saúde nos níveis secundários e terciários tem marcado o processo de contrarreforma no setor. A saúde não tem sido priorizada nesse contexto de subfinanciamento, e o governo vem se utilizando de estratégias de desmobilização social, propondo uma administração pública coerente com a lógica mercantil.

É nesse contexto que surge no Brasil o processo de criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) que favorece a lógica de mercado dentro de um espaço que deveria estar voltado para garantir as demandas dos usuários do sistema. O que acaba afetando diretamente os Hospitais Universitários (HU's) que se caracterizam como o principal cenário de prática dos cursos da saúde nas Universidades Brasileiras. Entretanto a característica de hospital voltado para a formação de profissionais da saúde, nesse cenário passa a ser ignorada. (SILVA et al., 2013, p.2).

Afirmam Guimarães e Martins (2015) que o déficit orçamentário, o déficit de atendimentos e o déficit do quadro de pessoal foram identificados como fatores determinantes para a criação da EBSERH e que,

[...] segundo o MEC (2013), a partir do momento em que os Hospitais Universitários passaram a incluir em seus planos de atividades a pesquisa, o MEC passa a ser também responsável por estes HU's. Considerando os HU's como centro de ensino e pesquisa, e espaço voltado à formação profissional dos estudantes da área da saúde, o MEC tem, assim como com a educação superior de modo geral, responsabilidades sobre a fiscalização e financiamento. (GUIMARÃES; MARTINS, 2015, p.144).

Percebe-se, portanto, particular importância no conhecimento produzido e utilizado neste tipo de organização, uma vez que se trata de um recurso fundamental para a melhora da qualidade daquilo que ela realiza. Nesta perspectiva, a gestão do conhecimento desponta uma alternativa capaz de verdadeiramente agregar valor à organização,

afinal, como lembra Terra (2005, p.8),

[...] é neste contexto de foco nas atividades geradoras de valor e diferenciação que enxergamos o papel da Gestão do Conhecimento nas organizações. Ela deve, no final das contas, prover meios que alavancam o output dos trabalhadores do conhecimento. [...] Envolve também o provimento de mecanismos de publicação e acesso à informação seletiva, validada, personalizada e estratégica. Finalmente, a Gestão do Conhecimento envolve mecanismos para a rápida identificação de talentos, expertises e estímulo para que pares se encontrem, troquem ideias, experiências e inovem.

O compartilhamento do conhecimento, por sua vez, é tido como um meio fundamental para que a gestão do conhecimento alcance seus propósitos, que é, sobretudo, o de gerar valor às organizações onde é praticado.

Partindo de outra perspectiva, Nonaka e Takeuchi (1998), ao propor a “Teoria da Criação do Conhecimento Organizacional”, identificam 5 fases inerentes ao processo de criação do conhecimento organizacional, que são:

- a) Compartilhamento do conhecimento tácito;
- b) Criação de conceitos;
- c) Justificação dos conceitos;
- d) Construção de um arquétipo; e
- e) Difusão interativa do conhecimento.

Neste contexto, vale lembrar que, conforme citam os referidos autores (NONAKA; TAKEUCHI, 1998), o compartilhamento do conhecimento tácito é a fase mais complexa e importante do processo de construção do conhecimento, pois é nela que ocorre o compartilhamento de experiências, emoções, sentimentos e modelos mentais entre os indivíduos para obtenção da confiança mútua em um ambiente onde possam interagir entre si por meio de diálogos pessoais que sincronizam ritmos corporais e mentais. Buscando-se obter maior compreensão acerca desta complexidade, o tema passa ser mais bem detalhado na seção 2.5.

2.4 O SERVIÇO NEONATAL HOSPITALAR

Para caracterizar o serviço neonatal em unidades hospitalares universitárias, inicialmente, destaca-se a atuação do profissional de enfermagem, de modo geral. De acordo com Silva (2013), a enfermagem é uma profissão dedicada à assistência integral ao cliente, isto é, busca constantemente o bem estar físico, mental e social.

Nascimento (2013) segue a mesma linha para tratar da atuação da enfermagem, porém, acrescenta ao conceito de Silva (2013) a ideia de que este profissional precisa também se dedicar a aspectos de gestão, fazendo a seguinte afirmativa:

O Enfermeiro no cotidiano de seu trabalho desenvolve ações fundamentais para a promoção/recuperação da saúde, que envolvem coordenação, e a avaliação do desenvolvimento do trabalho em equipe e da assistência prestada ao cliente. Para isso o enfermeiro utiliza as funções de gerencia para desenvolver o trabalho com qualidade e segurança para o paciente. [...] Desta forma iniciou-se o gerenciamento em enfermagem e a divisão do trabalho entre os enfermeiros, um voltado mais para a gestão da unidade e outro para a assistência do paciente. Hoje observa-se essa divisão entre os enfermeiros diaristas que cuidam da gestão da unidade e o enfermeiro plantonista que é o responsável pelo cuidado ao cliente, estabelecendo assim uma organização dentro da unidade mas que devem ser trabalhados em conjunto e com cooperação para que haja uma harmonia dentro do trabalho do ambiente de trabalho. (NASCIMENTO, 2013, p.11-12).

Ainda, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2014) apresenta um conjunto de responsabilidades que são atribuídas ao enfermeiro, quais sejam:

- a) Coordenar, planejar e supervisionar a assistência prestada pela equipe, por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE);
- b) Atuar nas áreas assistencial, administrativa, gerencial e, opcionalmente, educacional (exercendo a função de professor e mestre);
- c) Monitorar a evolução do paciente para se certificar de que seus cuidados foram efetivos;

- d) Realizar Educação em Saúde, por meio de orientação do paciente e/ou familiar, com o intuito de estabelecer segurança para garantir a continuidade dos cuidados no ambiente domiciliar;
- e) Trabalhar de forma integrada com a equipe multidisciplinar;
- f) Conduzir todo e qualquer parto normal (desde que não haja doença associada à gravidez, como hipertensão, diabetes ou cardiopatias). Pode examinar a gestante, verificando contrações, dilatações ou encaminhando-a aos cuidados. No período pós-parto, realiza cuidados necessários à mãe, orientando-a no autocuidado e no cuidado com o recém-nascido;
- g) Administrar, cuja função é organizar, controlar e favorecer as práticas de cuidar, ou seja, na elaboração de processos, na auditoria e manutenção da qualidade.

Na visão de Montanholi; Merighi e Jesus (2011, p.4), no gerenciamento de uma unidade de saúde, o profissional de enfermagem deve se preocupar com determinadas questões, quais sejam:

- a) Provisão de recursos materiais;
- b) Organização e supervisão do cuidado com o paciente;
- c) Gerenciamento da equipe de enfermagem por meio de escalas de trabalho; e
- d) Padronização da assistência de enfermagem.

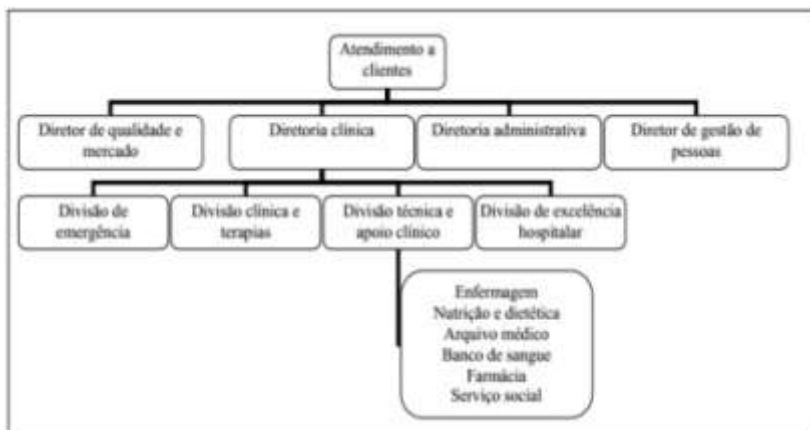
Observa-se que, nas duas listas anteriores, encontram-se, igualmente, além das responsabilidades relativas à assistência clínica-hospitalar, aquelas relativas à gestão, seja no que tange a planejar, organizar, dirigir e controlar as atividades efetivadas no ambiente de atuação do enfermeiro.

Depreende-se, desse quadro, que a profissão de enfermeiro carrega consigo uma série de desafios, sendo que, segundo relata Gonçalves (1998), este contingente profissional, muitas vezes, envolve dificuldades comportamentais, pois, além de se reconhecer a relevância da sua contribuição para o atendimento do doente,

[..] a esse fato, acrescenta-se a circunstância de que se trata, na prática, do único grupo profissional que permanece no hospital durante 24 horas do dia. Tais fatos conduzem muitas vezes ao desenvolvimento de mentalidade que confunde competência e dedicação com autonomia e insubordinação. (GONÇALVES, 1998, p.82).

Quanto ao ambiente de atuação da enfermagem, mais especificamente, citam-se, *a priori*, as clínicas médicas e instituições de ensino, bem como a possibilidade deste profissional fazer assistência domiciliar. Quando o assunto, porém, é o hospital, este espectro se amplia muito mais, podendo o enfermeiro prestar seus serviços em uma unidade de emergência até em uma unidade de terapia intensiva, entre tantas outras. Para se visualizar melhor a estrutura de um hospital, Tachizawa (2004) propõe o seguinte organograma (Figura 2):

Figura 2: Organograma de um hospital geral.



Fonte: Tachizawa, (2004).

Tachizawa (2004) ressalta quatro divisões principais de atuação médico-hospitalar (figura 2): a divisão de emergência, a divisão clínica e terapias, a divisão técnica e de apoio clínico; e a divisão de excelência hospitalar. Nesta estrutura, os profissionais de enfermagem encontram-se diretamente subordinados à divisão técnica e de apoio clínico, devendo, contudo, prestar assistência para que as demais divisões possam cumprir a sua missão. Gonçalves (1998) ainda comenta que, em um hospital, o profissional de saúde poderá atuar tanto junto a pacientes críticos, internos, externos, do centro cirúrgico e do centro de obstetrícia.

De qualquer forma, a divisão do trabalho de um hospital especificada por Tachizawa (2004) permite, especialmente, a identificação os tipos de especialização na área de saúde a que se dedicam tais organizações. Acerca desta particularidade, Santos (2004, p.49) conta que,

[...] a evolução tecnológica e da ciência médica proporcionaram uma verdadeira revolução na geografia do saber científico, que pode ser traduzido pelo surgimento de novas profissões até então não existentes no campo da saúde, onde os avanços tecnológicos ocorridos têm proporcionado, o aparecimento em maior proporção, de especialidades e subespecialidades sofisticadas. O que, por um lado, provocou efeitos positivos na credibilidade da ciência médica, ao mesmo tempo em que produziu uma dependência, por parte do médico, em relação aos recursos tecnológicos quanto a precisão do diagnóstico e terapêutica. (MACHADO; REGO, 1996).

Na continuidade, Santos (2004, p.66), baseando-se na opinião de Botsaris (2001), adverte que “o superespecialista com uma visão muito influenciada pelo reducionismo, costuma lidar mal com os valores gerais, como conflitos íntimos do paciente ou a repercussão das condutas e procedimentos que adota”.

Em uma unidade de internação neonatal, atuam, concomitantemente, profissionais da saúde dos mais variados campos do saber, sejam enfermeiros, médicos e técnicos em enfermagem. Assim, entre as muitas áreas de atuação de um hospital está a unidade de neonatologia, onde o profissional deverá exercer no seu dia-dia uma assistência com qualidade, eficácia e resolutividade na assistência e tratamento do paciente recém-nascido (DINIZ, 2008).

Destarte, os procedimentos ao recém-nascido (RN) devem ser sempre executados por uma variedade de profissionais que precisam atuar em conjunto durante os procedimentos, tomando a precaução de deixar uma pessoa em seu lugar quando tiverem de se ausentar do local de trabalho, de tal forma que se ofereça suporte contínuo (contenção) ao RN (podendo ser, também, o pai ou a mãe), e desde que devidamente orientados a serem cautelosos durante os cuidados, e a manterem todas as interações, dentro da tolerância do RN (MS, 2011). Montanholi; Merighi e Jesus (2011, p.2) chamam atenção para a necessidade de tal cautela considerando, sobretudo, a fragilidade desse recém-nascido e, ainda, o fato de que,

[...] a constante interação com os familiares dos recém-nascidos requer capacitação da equipe de saúde para lhes oferecer suporte nesse momento de fragilidade. Ademais, a enfermeira é responsável pela implantação de cuidado que valoriza o desenvolvimento físico, psíquico e social do RN.

É dever do profissional que atua na citada unidade neonatal realizar o registro por escrito dos cuidados prestados, sendo que os registros de enfermagem consistem na forma de comunicação escrita de informações pertinentes ao RN e aos seus cuidados. De acordo com Matsuda et al., (2006), os registros são elementos imprescindíveis no processo de cuidado humano, visto que quando redigidos de maneira que retratem a realidade a ser documentada, possibilitam a comunicação permanente, o monitoramento, a avaliação e o (re)planejamento global e contínuo dos cuidados, além do acompanhamento das ações de cuidado prestadas.

O exposto nesta seção deixa evidente de que o serviço do profissional da saúde em uma unidade neonatal não pode estar amparado somente em conhecimento e habilidades técnicas da área de atuação de cada indivíduo, devendo este extrapolar os seus limites e desenvolver a capacidade de compartilhar conhecimento entre seus pares e com os demais que lá desempenham as suas atividades (além dos pais dos pacientes), em virtude do papel que o trabalho interdisciplinar tem para este setor.

Esta perspectiva levanta, novamente, a necessidade de se trabalhar a gestão do conhecimento e, mais pontualmente, os limites e possibilidades trazidos pelo compartilhamento do conhecimento, o que é feito na seção seguinte.

2.5 GESTÃO DO CONHECIMENTO

O desenvolvimento do conteúdo desta seção exige, *a priori*, que se esclareçam conceitos relativos a conhecimento e, na sequência, aqueles relacionados à gestão do conhecimento.

Para Davenport e Prusak (1998, p.6), conhecimento refere-se a:

[...] uma mistura fluída de experiência condensada, valores, informação contextual e insight experimentado, a qual proporciona uma estrutura para a avaliação e incorporação de novas experiências e informações. Ele tem origem e é aplicado na mente dos conhecedores. Nas organizações, ele costuma estar embutido não só em documentos ou repositórios, mas também em rotinas, processos, práticas e normas organizacionais.

No conceito exposto anteriormente, percebe-se a presença de uma

série de elementos formadores do construto conhecimento. Entre eles, é possível detectar a presença dos componentes dado e informação que, inclusive, forma com o conhecimento um conjunto de conceitos hierarquicamente organizados. Neste contexto, em ordem decrescente de estrutura, segundo Almeida e Dutra (2010, p.115), tais elementos estão organizados da seguinte maneira:

- a) Inicialmente, têm-se os dados que correspondem a “simples observações sobre o estado do mundo”. Estes “são facilmente estruturados, obtidos por máquinas, transferíveis e frequentemente quantificados”;
- b) Depois, vêm as informações que são os “dados dotados de relevância e propósito. Requerem análise, exigem consenso em relação ao significado e a mediação humana”;
- c) Finalmente, tem-se o conhecimento, que se refere à “informação valiosa da mente humana”.

Na opinião de Almeida; Freitas e Souza (2011), o conhecimento possui algumas características, entre elas, são citadas:

- a) conhecimento envolve crenças e compromissos e está necessariamente ligado à ação;
- b) À semelhança da informação, o conhecimento relaciona-se com o significado de algo;
- c) São tendências do conhecimento: sua impressionante taxa de crescimento, o grau em que se tornou fragmentado e a sua crescente globalização.

O conceito e as características do conhecimento mencionados anteriormente indicam a existência de dois tipos de conhecimento: o tácito e o explícito. Sobre o assunto, Almeida; Freitas e Souza (2011, p.5) consideram que:

Conhecimento explícito é aquele que pode ser articulado sob a forma textual, em expressões matemáticas, manuais, leis e outros, podendo também ser considerado como sinônimo de informação. Esse tipo de conhecimento é transmitido formalmente entre indivíduos com mais facilidade, justamente porque pode ser processado eletronicamente e armazenado em livros e computadores. Em sua maioria, é o que pode ser observado nas organizações ocidentais, ao passo que nas organizações japonesas consideram este tipo de conhecimento como algo comparável à ponta de um

iceberg; para eles o conhecimento é basicamente tácito. O conhecimento explícito é primordialmente objetivo, ligado à racionalidade, podendo ser sequencial e expresso sob a forma de teorias.

O conhecimento tácito é difícil de ser articulado sob a forma de linguagem, tendo em vista que é pessoal e incorporado à experiência do indivíduo, envolvendo fatores como crenças pessoais, a história de vida, o sistema de valores, conclusões, *insights*, ideias, emoções, imagens, símbolos e outros itens muito subjetivos. Por este motivo, é difícil administrar a sua transmissão para outras pessoas [...]. O conhecimento tácito é subjetivo (necessariamente ligado ao seu detentor), associado à experiência (ao corpo, e não apenas à mente), simultâneo (aqui e agora) e análogo (prática).

O conhecimento é tido, na sociedade atual, como um dos principais ativos da organização, correspondendo ao recurso capaz de lhe oferecer a oportunidade de inovar e de agregar valor aos seus produtos/serviços. Mas, para tanto, torna-se fundamental fazer a gestão de tal recurso. Esta perspectiva conduz Terra (2005, p.70) a relacionar a gestão do conhecimento à:

[...] capacidade das empresas em utilizarem e combinarem as várias fontes e tipos de conhecimento organizacional para desenvolverem competências específicas e capacidade inovadora, que se traduzem, permanentemente, em novos produtos, processos, sistemas gerenciais e liderança de mercado.

Fazer a gestão do conhecimento é, antes de tudo, permitir que a organização crie conhecimento a partir da transformação do conhecimento tácito em explícito e vice-versa. Para se atingir este objetivo, Rodriguez y Rodriguez (2010, p.13-14) identifica a realização de um conjunto de processos, a saber:

- a) Criar: é o conjunto de atividades que trata de identificar e desenvolver conhecimentos necessários para realizar objetivos organizacionais, assegurando o seu acesso e aplicação;
- b) Reter: é o conjunto de atividades que pretendem explicitar, sistematizar e reter os conhecimentos dos processos e projetos, em especial aqueles considerados críticos para o sucesso da organização;

- c) Disseminar: é o conjunto de atividades que se destina a promover um ambiente propício para o compartilhamento do conhecimento, a colaboração e a aprendizagem organizacional;
- d) Aplicar: refere-se ao conjunto de atividades que pretende utilizar práticas de gestão do conhecimento e inovação voltados ao aperfeiçoamento dos processos e fortalecimento das competências da organização, objetivando a criação e sustentação de vantagens competitivas;
- e) Proteger: é o conjunto de atividades que visam garantir o acesso seguro e controlado ao conhecimento e as inovações que possam gerar a diferenciação. Este processo faz parte de todos os demais processos.

A gestão do conhecimento exige, assim, o desenvolvimento de algumas habilidades específicas para que possa ser efetivada, pois, como lembra Terra (2005, p.8),

[...] ser produtivo na Era da Informação e do Conhecimento requer menos foco no exercício da memória, e mais no exercício das habilidades de processamento, colaboração, inovação e decisão em torno da informação e do conhecimento.

Entre tais habilidades, destaca-se aquela voltada ao compartilhamento do conhecimento, uma vez que, como recorda Sveiby (1998, p.27), o conhecimento pode ser produzido pela mente humana a partir do nada, e cresce quando é compartilhado, sendo que:

- a) À medida que o conhecimento é usado, ele tem seu valor ampliado (diferentemente do capital, que se deprecia com o uso);
- b) Ao se compartilhar conhecimento, cria-se um novo conhecimento;
- c) A comunicação entre indivíduos pode gerar transferência de conhecimento o que auxilia no processo de tomada de decisões, com vistas a obter melhores resultados para as organizações;
- d) A venda do conhecimento, em oposição à venda da informação, é um processo contínuo, o que pode significar um relacionamento de longo prazo com consumidores.

As características do conhecimento, anteriormente citadas, tornam clara a importância do seu compartilhamento para as organizações e, nesta dimensão, a necessidade de que sejam utilizados mecanismos, meios e formas apropriados para desenvolver o processo – objeto de estudo do próximo tópico.

2.5.1 Compartilhamento do conhecimento

Segundo Alcará et al., (2009), “para que ocorra o compartilhamento do conhecimento, seja ele individual ou corporativo, assegurando assim a realização desse processo, é preciso a escolha de um meio eficaz”.

Quanto a estes, denominados por Bartol e Srivastava (2002) como mecanismos de compartilhamento do conhecimento, são identificadas quatro alternativas a serem adotadas na organização, quais sejam:

- a) Bases de dados de conhecimento;
- b) Contato entre equipes e unidades de trabalho;
- c) Troca de conhecimento por meio de interações informais entre indivíduos;
- d) Troca de conhecimento em comunidades de prática, que se constituem em fóruns criados voluntariamente por trabalhadores acerca sobre determinado tema de interesse.

Ainda, conforme os autores anteriormente mencionados, tais mecanismos não são mutuamente exclusivos, podendo um tipo conter características do outro. Para completar, lembram Alcará et al., (2008, p.187) sobre o importante papel desempenhado pelas tecnologias de informação neste contexto, porque “o avanço das tecnologias de informação e comunicação (TIC’s) tende a aprimorar e promover o compartilhamento de informações e conhecimentos, já que este pode ocorrer através de diversos canais comunicacionais”.

Em outra fonte (BHIRUD; RODRIGUES; DESAI, 2005), encontram-se 5 mecanismos (ou práticas) usados para compartilhar conhecimento explícito ou tácito, conforme são mostrados no quadro 1 e especificados, a seguir:

- a) O conhecimento explícito é representado na forma de bases de dados, em documentos, nas melhores práticas ou em processos organizacionais. Neste contexto, o compartilhamento do conhecimento é encorajado criando-se

repositórios de conhecimento por meio dos quais indivíduos disponibilizam, de maneira eletrônica, seu *know-how*, de modo que este seja acessado por outros na organização. O uso de tal mecanismo, o repositório, baseia-se na crença de que é melhor aprender com o passado e que o sucesso nos negócios fornece um guia valioso para empreendimentos futuros. Sendo assim, os repositórios podem ser acessados diante da necessidade e/ou conveniência do trabalhador;

- b) Outro mecanismo capaz de estimular o compartilhamento do conhecimento entre integrantes da organização refere-se à opção denominada **dia da inovação**. Esta diz respeito a um evento periódico, no qual unidades de trabalho podem compartilhar conhecimento entre si;
- c) Em conferências internas, funcionários da organização tem a oportunidade de apresentar novos conceitos, *insights*, e experiências obtidas na organização na forma de artigos técnicos. Trata-se, ainda, de um meio para encorajar a interação entre atuantes de unidades de trabalho diferentes. Vale lembrar que artigos selecionados para ser apresentados nas referidas conferências passam por um processo de revisão, como em qualquer conferência acadêmica;
- d) Em eventos denominados *storytelling*¹ (ou narração de histórias), tanto o conhecimento externo como o interno podem ser compartilhados. Nesta dinâmica, em que são tratados tópicos relacionados a assuntos técnicos ou não técnicos, o conhecimento externo é trazido por narradores externo, enquanto o interno é narrado por funcionários internos. Sobre o assunto, Brusamolín (2008, p.3) comenta que “o baixo retorno do emprego das narrativas pode ser resultante do desconhecimento de como aplicar a técnica, uma vez que existem poucas fontes em português”, e que a diferença que este mecanismo tem em relação e que “a diferença entre uma narrativa e a citação de um exemplo está na adição de conteúdo emocional e detalhes sensoriais à narrativa”;

¹ Segundo Matos (2014), *storytelling* refere-se à técnica de transformar a realidade em ficção; a um método que consiste em substituir os argumentos racionais por um relato enfeitado; à comunicação através de narrativas; à narração de um relato de experiência ou aprendizagem; ao relato de uma história pessoal com intenção de inspirar a outros e incentivá-los a compartilhar uma mesma visão sobre algo.

- e) No evento chamado **show de tecnologia**, evidenciam-se as atividades e pesquisas futuras da organização, sendo que os palestrantes vem de subsidiárias espalhadas ao redor do mundo;
- f) **Dia das Melhores Práticas**, quando são compartilhadas as melhores práticas por meio de um evento dedicado a isso;
- g) Atividades de **treinamento** servem para compartilhar conhecimento, já que especialistas passam aos novatos o conhecimento e a experiência referentes ao papel que desempenharão na organização.

Quadro 1: Mecanismos de compartilhamento de conhecimento.

Conhecimento Tácito	Conhecimento Explícito
Práticas de compartilhamento do conhecimento	
• Ferramentas referentes às tecnologias de informação e comunicação de dados (TIC's)	
• Dia da Inovação	
• Conferências internas	
• <i>Storytelling</i>	
• Show de tecnologia	
• Dia das melhores práticas	
• Treinamento interno	

Fonte: Adaptado de Bhirud, Rodrigues e Desai (2005).

Já, Alcará et al., (2009) entendem que os meios de compartilhamento podem ser diretos ou indiretos, sendo que, nos meios diretos, as relações para o compartilhamento podem acontecer com as pessoas que os próprios funcionários conhecem, com os colegas de trabalho, com especialistas. Como exemplos, os mesmos autores (ALCARÁ et al., 2009) citam *e-mails*, os contatos face a face, as listas de discussão e, inclusive, o telefone, com ênfase à interação face a face que, para a literatura (DAVENPORT; PRUSAK, 1998; DIXON, 2000), é tida como o meio mais eficaz para o compartilhamento. E,

[...] no que diz respeito aos meios indiretos, a busca da informação se dá por meio da literatura; as leituras podem suscitar questões, que fazem os pesquisadores buscarem o compartilhamento com o autor, que é, então, procurado tanto por seus pares

quanto pelas pessoas que leram seus artigos ou se interessam por eles. Esse segundo tipo de compartilhamento configura-se no compartilhamento unilateral, ou seja, quando se trata da relação entre um leitor e um texto de seu interesse. O autor compartilha seu conhecimento quando escreve e o pesquisador/leitor absorve a informação e o conhecimento disseminado pelo texto. Ocorre nesse caso um diálogo entre o compartilhador/autor e o receptor da informação. O sucesso desse diálogo como meio para o compartilhamento da informação depende do compartilhador (principalmente da sua capacidade de comunicação), mas depende também das condições cognitivas do receptor. (ALCARÁ et al., 2009).

O quadro até aqui exposto acerca dos possíveis mecanismos ao compartilhamento do conhecimento evidencia que, muito embora cada um deles tenha propósitos bem específicos, existem pontos em comum, especialmente porque é possível utilizarem-se dos mesmos meios ou formas para que o processo ocorra. Por exemplo, o *storytelling* pode ser efetivado com o apoio de TIC's, tanto quanto o treinamento interno.

Contudo, compreende-se que, seja qual for o mecanismo aplicado para o compartilhamento do conhecimento, é preciso considerar, igualmente, a motivação para compartilhar, bem como a existência de barreiras ao seu desenvolvimento tem grande poder de impacto sobre o seu sucesso, exigindo que se passe a refletir mais profundamente sobre este tema.

2.5.2 Facilitadores e barreiras ao compartilhamento do conhecimento

O pressuposto, aqui, é que as organizações podem contar tanto com facilitadores como com barreiras ao compartilhamento do conhecimento.

A priori, identifica-se que a motivação para compartilhar pode se constituir em um facilitador de particular significado no processo, sendo que o aumento da motivação pode melhorar a atitude em direção ao compartilhamento do conhecimento.

Vale a pena mencionar que, quando a origem de uma ação é interna, as pessoas sentem-se mais autônomas

e estabelecem as próprias metas e ações. Nesses casos, as atitudes e as intenções para o compartilhamento têm origem na própria pessoa, não dependendo de incentivos externos. (ALCARÁ et al., 2009, p.186).

Rys (2007), em seus estudos, indica a existência de um modelo conceitual, desenvolvido por Käser e Miles (2001), que mostra uma relação positiva entre motivação intrínseca para compartilhar conhecimento e a capacidade para compartilhar conhecimento tácito. Neste âmbito, Rys (2007) identifica os seguintes eventos capazes de influenciar a motivação para compartilhar:

- a) A motivação intrínseca tende a diminuir quando são introduzidas formas de intervenção extrínseca destinadas a controlar o processo, já que estas tem um efeito prejudicial sobre a competência e a determinação dos indivíduos para compartilhar;
- b) De outro modo, quando as pessoas compreendem o seu papel no compartilhamento e o papel do próprio compartilhamento para a organização, elas tendem a se sentir mais motivadas para compartilhar;

Em linhas gerais, segundo Rys (2007) afirma, a motivação para compartilhar conhecimento aumenta na medida em que o indivíduo percebe reciprocidade em relação aos demais com quem colaborou. Já, o receio de ser explorado por seus pares acaba por se tornar uma barreira ao compartilhamento.

Igualmente, na opinião de Alcará et al., (2009, p.176), é bem vinda a disposição natural e espontânea de realizar o compartilhamento, que diz respeito ao ato de doar conhecimento sem receber nada em troca, posto que, neste caso,

[...] a pessoa tem um sentimento de prazer em compartilhar suas ideias com os demais colegas, em auxiliar o próximo sem receber nada em troca. Este processo pode ser chamado de internalização, em que a pessoa já assimilou o valor e a importância do compartilhamento.

Ainda, entre indivíduos, em uma interação com vistas ao compartilhamento do conhecimento, é fundamental haver um clima de confiança. Sobre o tema, Alcará et al., (2009, p.178), por exemplo, indicam que:

[...] a confiança quebra barreiras, possibilita a interação entre as pessoas e, muitas vezes, pode ser um fator preponderante para que o compartilhamento de informações e de conhecimentos ocorra de forma eficaz e satisfatória.

O nível de confiança entre pares influencia o compartilhamento do conhecimento, sendo que um baixo nível de confiança gera baixo nível de compartilhamento, assim como um alto nível de confiança tende a provocar alto nível de compartilhamento. Por outro lado, em um processo de treinamento, por exemplo, o compartilhamento ocorre com a transferência de conhecimento de um especialista para um novo funcionário no ambiente de trabalho, o que, para o autor (RYS, 2007), implica em um nível mediano de confiança, a exemplo de quando o colaborador tem como expectativa receber reconhecimento dos seus superiores.

Nestas condições, Andreasian, G. e Andreasian, M. (2013) apontam três aspectos principais que podem facilitar na criação de uma relação de confiança entre indivíduos na organização, quais sejam:

- a) Uso de uma linguagem comum: quando os participantes usam os mesmo jargões e terminologias, eles conseguem se entender melhor;
- b) Existência de uma visão comum entre os participantes, o que significa que eles compartilham dos mesmos objetivos, ideias e perspectivas. Pois, para Alcará et al.,(2009), “quando os valores pessoais, as crenças e as expectativas são semelhantes, cria-se um clima harmonioso, com fortes tendências à comunhão de interesses e ideias”;
- c) Existência de laços fortes entre receptor e emissor do conhecimento. Ao ilustrar esta situação, Alcará et al., (2009, p.180) fazem o seguinte comentário:

Outro aspecto evidenciado quanto à confiança é a capacidade profissional do parceiro, isto é, a pessoa com quem o pesquisador se propõe a compartilhar informações precisa ter condições de dar respostas rápidas aos problemas decorrentes de detalhamentos de produtos, procedimentos metodológicos, etc. Se o pesquisador tiver uma dificuldade e o parceiro não conseguir ajudar, não "der conta", a parceria se enfraquece e pode até ser extinta, porque, nesse caso, rompem-se as relações de confiança. Aqui, especificamente, as parcerias estabelecidas implicam

realmente troca, ou seja, um deve oferecer ao outro alguma coisa; e a confiança está relacionada à certeza que um tem do desempenho e da capacidade de resposta do outro.

A partir desta mesma fonte (ALCARÁ et al., 2009), percebe-se que, assim como a confiança interfere positivamente no compartilhamento do conhecimento entre colegas de trabalho, a desconfiança e o receio do roubo das ideias e dos resultados e de perder poder podem se constituir em um forte obstáculo. Esta condição resulta do sentimento de que o reconhecimento individual é mais importante do que o coletivo, visto que, em muitas situações, ainda prevalece o sentimento do reconhecimento individual em detrimento do coletivo, o que, na opinião de Alcará et al., (2009), em muitos casos, está relacionado ao *status* e às possibilidades de avanço na carreira.

Em contrapartida, os autores (ALCARÁ et al., 2009), ao citarem Dixon (2000), afirmam que o comportamento contrário também ocorre, isto é, trata-se de quando as pessoas se sentem valorizadas quando dividem as suas experiências com as outras.

Neste cenário, Andreasian, G. e Andreasian, M. (2013) ainda comentam que é papel do gestor agir no sentido de aumentar o nível de confiança e tornar a comunicação mais intensa entre os que compartilham conhecimento, por meio das seguintes alternativas de solução:

Garantir que todos tenham um entendimento comum dos propósitos da organização, auxiliando funcionários a se concentrarem no alcance dos seus objetivos;

Demonstrar que confiam nos seus colaboradores e que estão abertos a compartilhar conhecimento. Em relação a esta ação, é preciso lembrar que o gestor pode se aproveitar do fato de que o indivíduo se sente valorizado quando divide as suas experiências, o que pode contribuir para a superação de barreiras ao processo de compartilhamento;

Criar um ambiente (físico ou virtual) de união, amizade, afinidade e harmonia onde pessoas possam interagir entre si com o objetivo de estabelecer relacionamentos de confiança.

Neste cenário, um aspecto de particular poder de influência é a estrutura organizacional, como indica Pinto (2002). Maximiano (2011, p.174) explica que a estrutura organizacional “funciona como um plano permanente que define as responsabilidades, a autoridade e o sistema de comunicações dentro da organização”, constituindo-se na síntese do

processo de organizar e, como tal, o meio usado para definir “o trabalho que as pessoas, como indivíduos ou integrantes de grupos, devem realizar” (MAXIMIANO, 2011, p.180).

Neste contexto, Pinto (2002, p.61) considera que “a comunicação entre as unidades de trabalho é indispensável, pois promove a integração entre elas possibilitando assim que o conjunto consiga dar conta do trabalho”. De outro modo, ressalta Pinto (2002), “é pelo sistema de comunicação que fluem as informações que permitem o funcionamento da organização”.

O processo de comunicação, elemento indispensável para o funcionamento da estrutura organizacional, segundo Maximiano (2011, p.304), “compreende a transmissão de informação e de significados”, isto é, de mensagens, entre indivíduos e/ou grupos. Adicionalmente, o autor supracitado alerta que

[...] a comunicação nas organizações depende da qualidade da comunicação pessoal. Se as pessoas de uma organização comunicam-se de forma eficaz, os processos organizacionais de comunicação tendem a ser eficazes também. No entanto, os administradores [...], além de promover o desenvolvimento das competências pessoais, devem também fazer as comunicações circularem entre três direções: para cima, para baixo e para os lados. (MAXIMIANO, 2011, p.316).

Cada uma dessas três direções no processo de comunicar prevê a movimentação de tipos distintos de mensagens (MAXIMIANO, 2011), a saber:

- a) Para baixo: trata-se da comunicação que vai dos níveis superiores hierárquicos para os inferiores e, portanto, em geral, apresenta caráter diretivo;
- b) Para cima: a comunicação que vem dos níveis inferiores da hierarquia para os níveis superiores apresenta uma variedade de conteúdos e propósitos. Pois, esta inclui relatórios de desempenho, pesquisas de satisfação e sugestões;
- c) Comunicação lateral: isto é, aquela que acontece entre unidades de um mesmo nível hierárquico permite a cooperação entre elas e o desenvolvimento do trabalho em equipe.

Apesar de tantos meios para o alcance do sucesso no

compartilhamento do conhecimento, Santos (2004, p.16) registra que, no atual estágio da sociedade contemporânea, em que o conhecimento pode ser compartilhado com muito mais facilidade, também se observa, entre os profissionais da área da saúde, uma série de inseguranças para que isso aconteça. O foco do problema encontra-se localizado na crença de que, quem tem informação e conhecimento, detém poder e, quem tem poder, tende a não querer dividi-lo nem perdê-lo para outrem. Morgan (1996, p.173-4) esclarece a respeito de tal comportamento, fazendo a seguinte reflexão:

Fica evidente [...] a ideia de que o poder emana da pessoa que é capaz de estruturar a atenção em relação a determinados assuntos de maneira que efetivamente defina a realidade do processo de tomada de decisão. Isso chama a atenção para a importância capital do conhecimento e das informações como fontes de poder. [...] Pela posse da informação certa, no momento certo, tendo acesso exclusivo a dados-chaves, ou simplesmente demonstrando a habilidade de ordenar e sistematizar fatos de maneira eficaz, os membros da organização podem aumentar o poder que detém, dentro dela. Muitas pessoas desenvolvem essas habilidades de maneira sistemática e com ciúmes guardam ou bloqueiam o acesso a conhecimentos importantes para aumentar a sua indispensabilidade e status de especialista. [...] Um aspecto final do poder do especialista relaciona-se ao uso do conhecimento e da especialização como meio para legitimar aquilo que alguém deseja fazer. O especialista frequentemente carrega uma aura de autoridade e poder que pode acrescentar considerável peso à decisão que permanece suspensa.

Na concepção de Santiago Júnior (2002, p.28), é neste campo onde está um dos maiores desafios da gestão do conhecimento, isto é, o de:

[...] assegurar que compartilhar conhecimento seja mais lucrativo do que enclausurá-lo (se conhecimento é poder, segue-se que quem possui conhecimento tem um poder que se pode dissipar se for compartilhado com outras pessoas). Para se chegar a este fim, é importantíssimo a estruturação de um processo de transferência de conhecimento.

O cenário até aqui descrito assinala, não somente a

desmistificação da ideia de que a posse exclusiva do conhecimento é sinônimo de poder, mas, também, da importância da motivação intrínseca e do nível de confiança entre os pares para o compartilhamento do conhecimento, em que, quanto mais elevada for a motivação intrínseca, mais facilmente o conhecimento é compartilhado.

Em linhas gerais, Alcará et al., (2009) elaboram um modelo de análise do compartilhamento do conhecimento formado por 3 elementos principais. Nesta perspectiva,

O modelo indica que os três primeiros fatores – natureza do conhecimento, motivação para compartilhar e oportunidades para compartilhar – estão inseridos na cultura do ambiente de trabalho, isto é, são parte integrante dela. A cultura influencia os três fatores, comandados por ela, os quais concorrem para a correta valoração do conhecimento. Desse modo, os tipos de relacionamento e de recompensa podem ser encorajados, e as oportunidades formais e informais que o indivíduo tem para compartilhar o conhecimento também podem ser mais bem aproveitadas. (ALCARÁ et al., 2009, p.176).

Naturalmente que a construção e a consolidação de uma cultura voltada ao compartilhamento do conhecimento são de grande valia para o sucesso desse processo, visto que, muito embora esta seja uma premissa básica e, muitas vezes, uma obrigatoriedade, nas organizações, nem sempre os indivíduos encontram condições apropriadas para criar novas ideias e soluções aos problemas que vivenciam, seja por dificuldades menores, como a falta de oportunidade de interagir, a ausência de meios adequados para se comunicar ou, até mesmo, a falta de tempo, os quais se constituem em barreiras estruturais.

Destarte, há que se ter cuidado no delineamento de ações capazes de lidar com barreiras estruturais e também com aquelas voltadas a incentivar o compartilhamento, que não atrapalhem a motivação intrínseca, nem tampouco sejam prejudiciais ao aspecto confiança.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Um dado conhecimento é alcançado pela construção de etapas, como afirma Gil (2009), tem-se que determinar o método, podendo este ser definido como "[...] o caminho para se chegar a determinado fim. E método científico como o conjunto de procedimentos intelectuais e técnicas adotadas para se atingir o conhecimento". Dessa forma, considera-se fundamental a descrição do método que permite o alcance dos objetivos de uma pesquisa.

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Com a finalidade de se atingirem os objetivos descritos neste trabalho, caracteriza-se esta pesquisa como sendo aplicada com abordagem qualitativa. Conforme Gil (2009), pesquisa qualitativa é aquela desenvolvida em ambiente natural, e quantitativa, que tem o objetivo de quantificar os resultados, porque há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito (não se traduz em números). Esta é, portanto uma pesquisa qualitativa, já que foi desenvolvida em ambiente natural, na Unidade de Internação Neonatal do HU/UFSC e, também, porque não pretende trazer um cenário quantitativo da realidade estudada.

3.2 CLASSIFICAÇÃO DA PESQUISA

Considerando-se a taxonomia de Vergara (2013), quanto aos fins, classifica-se esta pesquisa como sendo descritiva. Quanto aos meios, trata-se de um estudo de caso, uma pesquisa bibliográfica, uma pesquisa documental e um estudo de campo.

Para Yin (2010), o estudo de caso refere-se a uma abordagem metodológica de investigação especialmente adequada quando se procura compreender, explorar ou descrever acontecimentos e contextos complexos, nos quais estão simultaneamente envolvidos diversos fatores. Yin (2010) afirma, ainda, que esta abordagem se adapta à investigação em educação, quando o investigador é confrontado com

situações complexas,

[...] de tal forma que dificulta a identificação das variáveis consideradas importantes, quando o investigador procura respostas para o “como?” e o “porquê?”, quando o investigador procura encontrar interações entre fatores relevantes próprios dessa entidade, quando o objetivo é descrever ou analisar o fenômeno, a que se acede diretamente, de uma forma profunda e global, e quando o investigador pretende apreender a dinâmica do fenômeno, do programa ou do processo. (YIN, 2010, p.13).

Assim, Yin (1994, p.13) define estudo de caso com base nas “características do fenômeno em estudo e com base num conjunto de características associadas ao processo de recolha de dados e às estratégias de análise dos mesmos”.

A pesquisa descritiva trabalha com as características de uma população ou de um fenômeno, podendo estabelecer correlações entre variáveis, definindo também a natureza de tais correlações, sem se comprometer com a explicação dos fenômenos descritos (VERGARA, 2013). Este trabalho proposto caracteriza-se como descritivo, porque o fenômeno em foco (compartilhamento do conhecimento) está sendo identificado a partir de suas características.

A pesquisa de campo é desenvolvida no local onde ocorre ou ocorreu um determinado fenômeno, devendo existir neste, elementos que permitam explicá-lo, sendo os dados coletados por intermédio de entrevistas, questionários, testes ou observação participativa (VERGARA, 2013). Neste caso, novamente, ressalta-se o fato desta pesquisa referir-se ao compartilhamento de conhecimento na Unidade de Internação Neonatal do HU/UFSC, isto é, exatamente no ambiente onde o fenômeno em foco ocorre.

3.3 PERSPECTIVA DO ESTUDO

O presente estudo é de caráter transversal, sendo que o período para coleta de dados compreende os meses de outubro de 2014 a maio de 2015.

3.4 DELIMITAÇÃO DO UNIVERSO

O local de realização deste estudo é a Unidade de Internação de Neonatologia do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago, da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC). Sendo assim, os participantes escolhidos para este estudo são médicos(as), enfermeiros(as) e técnicos de enfermagem que atuam na referida unidade hospitalar. O critério de seleção dos elementos da amostra teve como opção de escolha a tipicidade e a acessibilidade, o que resultou em 9 profissionais, sendo 1 representante de cada grupo e em cada turno de trabalho. Um médico, 1 enfermeira, 1 técnica de enfermagem, do turno da manhã, do turno da tarde, do turno da noite, portanto 1 de cada tipo, considerando-se a estrutura de turnos de trabalho. Como critérios de exclusão, foram considerados os profissionais que estavam em férias e em licença de saúde. Nestes termos, o grupo de sujeitos selecionados para a pesquisa fica constituído, conforme mostra o quadro 2.

Tais sujeitos foram escolhidos por serem os responsáveis pelo setor e terem importante atuação lá. Assim, a escolha foi feita levando-se em conta aqueles diretamente envolvidos com os pacientes, com demais profissionais que atuam no setor, tem contato permanente com a gestão de pessoas e de materiais e compras.

Quadro 2: Participantes da pesquisa.

Profissional	Quantidade
Médicos	03
Enfermeiras	03
Técnicos de enfermagem	03
TOTAL	09

Fonte: Elaborado pela autora.

Portanto, de acordo com o quadro 2, a pesquisa contou com um total de 09 respondentes, como já comentado.

3.5 TÉCNICAS DE COLETA DOS DADOS

A coleta de dados para esta pesquisa está ancorada no desenvolvimento das seguintes atividades:

- a) Construção das categorias de análise e respectivos fatores de análise (Quadro 3) voltados ao alcance dos objetivos específicos desta pesquisa e que dão origem ao roteiro de entrevista (Apêndice B);
- b) Coleta de dados secundários, por meio de pesquisa bibliográfica em livros e em artigos, localizados em bases de dados como o Proquest, Scielo, Scisearch, em banco de teses e dissertações, e pesquisa documental, por intermédio de prontuários e catálogos de internação da unidade hospitalar;
- c) Elaboração do roteiro de entrevista (Apêndice B) e posterior realização de um pré-teste aplicado a duas pessoas com características semelhantes às do universo da pesquisa;
- d) Coleta de dados primários por meio de observação direta e de entrevista semiestruturada (usando-se o roteiro – Apêndice B) junto aos sujeitos selecionados (quadro 2).

Conforme já comentado, para, o alcance dos objetivos específicos, considera-se um conjunto de categorias de análise e respectivos fatores de análise, os quais integram os vários instrumentos de coleta de dados utilizados nesta pesquisa (Quadro 3).

Quadro 3: Categorias e fatores de análise.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CATEGORIAS DE ANÁLISE	FATORES DE ANÁLISE	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS
Descrever a atuação dos profissionais de saúde na Unidade de Internação Neonatal do HU/UFSC	Atuação dos profissionais de saúde de uma unidade hospitalar neonatal	Divisão do trabalho (descrição do cargo); sistema de autoridade; sistema de comunicação.	Pesquisa documental; entrevista semiestruturada; Observação direta.
Caracterizar mecanismos (formas e meios) usados para compartilhar conhecimento na Unidade de Internação Neonatal do HU/UFSC	Mecanismos (formas e meios) usados para compartilhar conhecimento	Tipo de conhecimento compartilhado (tácito ou explícito); meios de compartilhamento diretos e indiretos (adaptado de: ALCARÁ et al., 2009; ANDREASIAN; ANDREASIAN, 2013);	Observação direta; Entrevista semiestruturada
Identificar facilitadores e barreiras para o compartilhamento do conhecimento na unidade de internação neonatal do HU/UFSC	Facilitadores e barreiras para o compartilhamento do conhecimento	Confiança; Motivação intrínseca; fatores estruturais (ALCARÁ et al., 2009).	Entrevista semiestruturada

Continua...

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CATEGORIAS DE ANÁLISE	FATORES DE ANÁLISE	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS
Conclusão			
Propor ações para o aperfeiçoamento do compartilhamento do conhecimento entre profissionais da Unidade de Internação Neonatal do HU/UFSC	Não se aplica	Não se aplica	Pesquisa bibliográfica e de dados primários.

Fonte: Elaborado pela autora.

Vale, ainda, ressaltar que, previamente à coleta dos dados, os sujeitos pesquisados receberam um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), disponível no Apêndice A. Após concordarem com os termos de participação da pesquisa e, assim, terem assinado o TCLE, cada uma das entrevistas foi marcada e, então, iniciadas conforme data e horário sugeridos pelo respondente.

A aludida entrevista contempla questões sobre o perfil, o envolvimento e a avaliação das unidades quanto ao aspecto compartilhamento do conhecimento na Unidade em foco, em um cenário constituído por profissionais da saúde. Tais questões foram distribuídas seguindo-se o que está estipulado no quadro 4, a seguir, e foram aplicadas a partir do uso de um roteiro de entrevista, disponível no Apêndice B.

Antes de se aplicar definitivamente o roteiro de entrevistas, a partir de outubro de 2014, este foi submetido a um pré-teste, em setembro de 2014, junto a dois profissionais da citada unidade de estudo, buscando-se verificar a necessidade de ajustes nas questões inicialmente formuladas. A partir daí, foram efetivadas alterações que resultaram no conjunto de perguntas presente no Apêndice B.

Igualmente, a coleta de dados por meio da observação direta foi feita a partir das mesmas categorias e fatores de análise descritos no quadro 3. Já, a pesquisa documental debruçou-se, sobretudo, na identificação de informações que ajudam a esclarecer sobre a atuação do profissional de saúde neonatal, referente ao objetivo específico (a) – quadros 3 e 4.

Quadro 4: Distribuição das questões no roteiro de entrevista.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	FATORES DE ANÁLISE	QUESTÕES
Descrever a atuação dos profissionais de saúde da Unidade de Internação Neonatal do HU/UFSC	Divisão do trabalho (descrição do cargo); sistema de autoridade; sistema de comunicação.	1) Perfil do profissional: profissão, idade, tempo de serviço na Unidade Neonatal do HU/UFSC; 2) Quais são as atividades que você costuma desenvolver aqui na unidade Neonatal do HU/UFSC? E, sobre os aspectos relativos ao gerenciamento da equipe de enfermagem (escalas de trabalho e padronização da assistência de enfermagem - orientar e qualificar a assistência de enfermagem)? 3) Como se caracteriza o contato estabelecido entre profissionais que atuam na Unidade Neonatal do HU/UFSC? 4) A quem você está subordinado? 5) Quando você tem dúvidas, a quem recorre? Você deve prestar contas a quem?
Caracterizar mecanismos (formas e meios) usados para compartilhar conhecimento na Unidade de Internação Neonatal do HU/UFSC	Tipo de conhecimento compartilhado (tácito ou explícito); meios de compartilhamento diretos e indiretos (adaptado de: ALCARÁ et al., 2009 e de ANDREASIAN; ANDREASIAN, 2013);	6) Qual o tipo de conhecimento que você mais usa no dia-a-dia (tácito, explícito)? 7) Quais são os meios/tecnologias/mecanismos mais frequentemente usados para compartilhamento do conhecimento? Quais são os propósitos desta comunicação?
Identificar facilitadores e barreiras para o compartilhamento do conhecimento entre profissionais da Unidade de Internação Neonatal do HU/UFSC	Tecnologia; Confiança; Motivação intrínseca; fatores estruturais (adaptado de: ALCARÁ et al., 2009; ANDREASIAN; ANDREASIAN, 2013).	8) Em relação ao compartilhamento do conhecimento relativo ao dia-a-dia da Unidade Neonatal (HU/UFSC), quais barreiras (dificuldades, obstáculos) você identifica? 9) Em relação ao compartilhamento do conhecimento relativo ao dia-a-dia da Unidade Neonatal (HU/UFSC), quais facilitadores você identifica?
Propor ações para o aperfeiçoamento do compartilhamento do conhecimento entre profissionais da Unidade de Internação Neonatal do HU/UFSC	Não se aplica	10) Em relação à resposta dada para a questão anterior, comente sobre as soluções que você (ou o HU/UFSC) dá para enfrentar as barreiras existentes para o compartilhamento do conhecimento na Unidade Neonatal do HU/UFSC? 11) Você gostaria de acrescentar algo?

Fonte: Elaborado pela autora.

Para fazer as entrevistas, inicialmente, informou-se à chefia do setor sobre os procedimentos de coleta de dados e data do seu início e do seu fim. Posteriormente, foi marcado um horário e local com cada sujeito de pesquisa. No dia marcado para cada entrevista, após assinado o Termo de Consentimento (Apêndice A), esta era iniciada, sendo gravada (mediante autorização do entrevistado, também). Posteriormente, todas as respostas foram transcritas, produzindo um documento com 17 páginas de conteúdo.

3.6 TÉCNICAS DE ANÁLISE DOS DADOS

Como se trata de uma pesquisa de abordagem qualitativa, os dados primários coletados foram analisados por meio da técnica denominada *Patthern Matching*, ou emparelhamento de padrões, sugerida por Yin (2010) para estudos de caso. Por meio desta técnica, buscou-se estabelecer relação entre as respostas dadas pelos entrevistados e a teoria trabalhada no capítulo 2, de fundamentação teórica.

Além disso, cabe destacar que, na apresentação das falas, foram atribuídas letras do alfabeto para identificar os respondentes, considerando-se a sequência em que os sujeitos de pesquisa, de cada grupo de profissionais, foram entrevistados, como retrata o quadro 5.

Quadro 5: Identificação dos respondentes.

Profissionais entrevistados	Quantidade
3 Médicos	Médico A, Médico B e Médico C
3 Enfermeiras	Enfermeira A, Enfermeira B e Enfermeira C
3 Técnicas de enfermagem	Técnica A, Técnica B e Técnica C

Fonte: Elaborado pela autora.

Vale dizer, ainda, que, várias vezes, foi preciso remarcar as entrevistas, seja para iniciá-las como para complementá-las, o que foi provocado, principalmente, porque a unidade estudada corresponde a um setor que trabalha com casos de urgência e que, atualmente, possui um quadro reduzido de servidores com uma agenda de trabalho bastante atribulada. Como resultado, as entrevistas foram iniciadas em outubro de 2014 e, somente, finalizadas em maio de 2015, quando os dados

passaram a ser organizados para que, em seguida, pudessem ser apresentados e analisados, constituindo no conteúdo do próximo capítulo (4).

3.7 LIMITAÇÕES DA PESQUISA

A presente pesquisa está limitada, quanto ao escopo temporal, ao período que vai de outubro de 2014 a maio de 2015. Neste contexto, trata-se de uma pesquisa transversal.

Em relação à unidade de estudo, tem-se a Unidade de Internação Neonatal do HU/UFSC. Portanto, os dados coletados para este trabalho servem somente para explicar o compartilhamento do conhecimento nesta organização e não em outras.

Finalmente, em termos teóricos, esta pesquisa limita-se aos conceitos de Alcará et al., (2009) e de Andreasian, G. e Andreasian, M. (2013) sobre facilitadores e inibidores do compartilhamento de conhecimento e acerca dos meios de compartilhamento diretos e indiretos.

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Segundo Roesch (2009, p.266), após a definição e a coleta dos dados que responderão a pergunta de pesquisa, “eles precisam ser organizados, comprimidos e montados de forma a permitir extrair conclusões e alternativas para a ação”. Estas, segundo a autora, são as etapas que constituem o capítulo de apresentação e análise dos dados de um relatório de pesquisa. Sendo que, no caso deste estudo, a citada unidade trata de **analisar fatores que influenciam o compartilhamento do conhecimento na** Unidade de Internação Neonatal do HU/UFSC, o que é feito na sequência, a partir da seção 4.1, até a seção 4.4.

Inicialmente, com buscas a atingir o objetivo geral da pesquisa, faz-se a descrição da atuação dos profissionais de saúde na unidade neonatal do HU/UFSC. Após, são caracterizados os mecanismos (formas e meios) e identificados os facilitadores e barreiras existentes para compartilhar conhecimento naquela unidade. Finalmente, como resultado da descrição desta realidade, são propostas ações para o aperfeiçoamento do compartilhamento do conhecimento entre profissionais da unidade de internação neonatal do HU/UFSC.

Outro aspecto a ser destacado é que o foco desta pesquisa é o compartilhamento do conhecimento entre profissionais que atuam diretamente na Unidade de Internação Neonatal do HU/UFSC, o que motivou a inclusão deles como sujeitos do estudo, conforme justificado no capítulo 3. Mesmo assim, na citada Unidade, como o conhecimento que lá circula é proveniente ainda de uma variedade de fontes e profissionais, entre eles, fonoaudiólogos, psicólogos, professores e alunos da área médica e assistentes sociais, estes são igualmente mencionados ao longo da apresentação e análise dos dados.

4.1 ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE NA UNIDADE NEONATAL DO HU/UFSC

A análise do perfil dos médicos entrevistados (3) revelou que todos tem especialidade na área de neonatologia e possuem idade variando entre 40 e 55 anos. Além disso, todos apresentam mais de 10

anos de serviço na citada unidade, tendo um destes 11 anos e os demais com 19 anos de experiência neste setor do HU/UFSC.

No grupo da enfermagem (enfermeiras e técnicas de enfermagem), observam-se diferenças no perfil, como, por exemplo, em relação à idade, que varia entre 24 a 42 anos, e, também, quanto ao tempo de serviço no setor, de 15 meses até 12 anos.

Esse cenário demonstra que o corpo médico da unidade neonatal é altamente especializado e possui ampla experiência profissional no local. Este perfil mostra-se positivo para as atividades desenvolvidas na unidade em estudo. Pois, a manipulação especializada de conhecimento é considerada fundamental diante de situações clínicas únicas, como aquelas que tipicamente ocorrem na Unidade Neonatal do HU/UFSC, segundo afirma Abid (2007). Além disso, considerando-se a opinião de Bhirud, Rodrigues e Desai (2005) e de Rys (2007), é particularmente importante o papel dos especialistas experientes em passar aos novatos o seu conhecimento e experiência. De outro modo, tais particularidades podem se constituir em motivos para que os profissionais pesquisados se limitem a analisar seus pacientes a partir de uma única perspectiva, desconsiderando-o como um ser humano por inteiro, como alerta Santos (2004).

Em oposição, a presença de níveis diferentes de idade e de experiência no grupo de enfermagem pode se constituir em meio propício para o compartilhamento do conhecimento.

Na questão seguinte, quando solicitados que identificassem as atividades que costumam desenvolver na unidade Neonatal do HU/UFSC, os médicos, em primeiro lugar, manifestaram-se sobre o gerenciamento da unidade, seja na provisão de recursos materiais, na organização e na supervisão do cuidado. Dois deles deixam claro, por meio das suas falas, que atuam na organização e na supervisão do cuidado, e que a provisão de recursos materiais é responsabilidade da enfermagem, como se observa a seguir:

- a) “A enfermagem providencia os recursos materiais, sobre a organização e supervisão do cuidado, todos na unidade participam. A organização e supervisão do cuidado deve ser responsabilidade de todos que trabalham na unidade” (Médico A).
- b) “Faço apenas supervisão do cuidado. Quando vejo algo errado: Corrijo se houver necessidade de correção ou orientação” (Médico B).

Já, o terceiro médico entrevistado (C) afirma que a organização e a supervisão são funções da enfermagem, bem como a provisão de

materiais para a unidade.

A resposta das enfermeiras entrevistadas confirmam as falas citadas anteriormente, especialmente quanto ao papel que estas profissionais desempenham no gerenciamento das unidades, como se pode perceber a seguir:

- a) “Como enfermeira, faço a supervisão da equipe. Sobre o material em si, tenho que saber todo e qualquer produto que tem na unidade, saber o que vai faltar, então, há um controle total e rigoroso, para que não falte nada, temos ainda que lidar com o número de patrimônio, da cota, que controlar esse número, e, também, dar assistência direta ao paciente” (Enfermeira A);
- b) “[...] atuo aqui como enfermeira. Faço o gerenciamento administrativo, sou responsável pelos recursos materiais, e organização e supervisiono todos os cuidados com os bebês. Faço turno integral, manhã e tarde, então todo dia quando chego já passo o pessoal que tenho no dia, divido as pessoas com quantos quartos vão ficar, com quantos bebês vão ficar. Vejo todos os materiais que tem para aquela semana, o que vai precisar para os quartos: algodão, fralda, roupas, lençóis, tudo. Essa atividade é rotineira, trabalhamos com visão de meta: organizar, repor, fazer levantamento de consumo e comprar” (Enfermeira B);
- c) “Faço as atividades que envolvem pedidos de materiais, mantendo o estoque atualizado, organizo de forma prática para o uso, também tenho contato com o RN e pais e supervisiono os cuidados feitos pelos técnicos. Estamos trabalhando agora com supervisão de metas, o que está faltando, quanto comprar o que vai precisar e quanto tempo dura. Faço supervisão de cuidado de enfermagem e auxílio tanto no cuidado como na organização da unidade” (Enfermeiro C).

Em resposta aos aspectos relativos ao gerenciamento da equipe de enfermagem (escalas de trabalho e padronização da assistência de enfermagem - orientar e qualificar a assistência de enfermagem), cabe destacar o que dizem alguns dos entrevistados, a título de exemplo:

- a) Médico A dá o seguinte depoimento: “Não tenho influência sobre o gerenciamento da equipe de enfermagem”;
- b) Na mesma linha, o Médico B considera que, “quanto ao gerenciamento da equipe, atuo apenas em relação aos

residentes e aos alunos. A escala é pré-estabelecida pela coordenação do curso de medicina, onde o aluno passa por um estágio específico na pediatria ou o residente passa períodos na pediatria, neonatologia, sala de parto. Há um cronograma a ser cumprido, que é gerenciado pelo MEC”.

- c) Já, a equipe de enfermagem admite ter tal responsabilidade, a exemplo da enfermeira A ao afirmar que “a escala geral é responsabilidade da chefia, e não eu que sou chefia imediata da equipe, mas, eu faço então a escala de atividades da turma da manhã, também o que vai trocar no dia, oriento a pessoa do plantão sobre qual atividade ela vai fazer, não quem vai fazer, entende. Não faço escala de pessoal, mas das atividades e divisão dos pacientes para quantos funcionários tenho naquele dia”;
- d) De modo mais enfático, porém similar, a enfermeira B responde: “Sou responsável e participo do controle de plantões, e, inclusive, essa é uma função muito importante do enfermeiro, que, no momento, estamos estudando a questão do dimensionamento de pessoal, quem vai ficar com o cuidado de determinado bebe da UTI, quem pode fazer os cuidados intensivos, intermediários ou qual requer cuidados específicos”.

As respostas fornecidas sinalizam que a atuação dos médicos no gerenciamento da Unidade Neonatal do HU/UFSC é limitada, indicando que, de fato, tal atribuição fica a cargo do pessoal de enfermagem, fato que confere com o que sugerem Montanholi; Merighi e Jesus (2011), sobre a atuação desse profissional. Isto sugere o compartilhamento de conhecimento acerca do gerenciamento da unidade em foco desenvolve-se a partir do seu corpo de enfermeiros, apesar de ser de interesse de todos os profissionais que lá atuam.

Em contrapartida, todos os médicos entrevistados evidenciam, em suas falas, que, de diferentes formas, concentram a sua atenção no paciente, a exemplo do que comenta o médico B que diz atuar no cuidado e tratamento do paciente, ou, mais especificamente, diz dedicar-se, entre outras atividades médicas, ao:

[...] atendimento em sala de parto (pós-nascimento), cuidados dentro da UTI e cuidados intermediários para os bebês de risco, que é interno. E, também, à nutrição, cuidados respiratórios, cardiopulmonares [...].

Em complemento, o médico C afirma que, como rotina, costuma fazer exames físicos nos pacientes e determinar as condutas médicas, apontando que, a partir daí, o compartilhamento do conhecimento entre os profissionais do setor é fundamental, além daquele estabelecido com o paciente e com seus familiares. Em relação a esta última modalidade, assevera o médico A que conversa “com os pais sobre o quadro clínico do recém-nascido, sobre as suas dúvidas”. O médico B evidencia também que os familiares “sempre são informados de todos os cuidados do bebê, pelo médico assistente, inclusive residente (com supervisão)”, o que é ratificado pelo terceiro entrevistado. De forma semelhante, ressalta-se a fala da Enfermeira A, ao lembrar que, como os:

[...] acompanhantes sempre ficam juntos, então, é muito importante dar atenção a eles, informando como funciona o setor, a função do acompanhante e mostrando o estado clínico do paciente. Quando ocorre mudança de sala ou leito, a situação muda, então, tem que explicar tudo de novo, é preciso atualizar o acompanhante.

Muito parecida com a da Enfermeira B, a manifestação da Enfermeira C agrega outros componentes à descrição do cenário, já que, para ela, é fundamental ter sempre contato com as mães e/ou pais e familiares, uma vez que:

[...] o enfermeiro, ao ter essa conversa, deve mostrar como são as rotinas mais importantes, quais são os direitos legais do acompanhante e qual é o papel dele aqui dentro da nossa unidade, afinal, é como ele vai criar este vínculo necessário com o recém-nascido. O enfermeiro tem mesmo esse papel de contato, principalmente no primeiro, para mostrar a importância de manter o laço, isto é, o vínculo entre mãe e seu bebe durante a internação. Este aspecto é muito importante para o tratamento do bebe. A importância do enfermeiro está em sempre dar orientação aos pais e familiares, além disso, oriento cuidados durante internação, faço o gerenciamento de conflitos, muitas vezes, dos pais com a família ou deles com equipe. Além disso, são feitos todos os cuidados ao RN, seu manejo e orientação aos outros profissionais que atuam na área, como fisioterapeutas ou fonoaudiólogos, enfim todo e qualquer procedimento privativo do enfermeiro na UTI Neo, e demais cuidados com o RN.

As respostas dadas pelos técnicos em enfermagem a respeito da questão atualmente analisada são muito semelhantes àquela dada pela Técnica A, que se considera responsável pelas:

[...] atividades diretas com os pacientes, principalmente no horário de passagem de visitas, com início pela UTI, avaliando os bebês, fazendo exames físicos e vários procedimentos, como a avaliação dos sinais vitais. Estas atividades, em geral, são realizadas pelos técnicos. Para evitar o manuseio excessivo do recém-nascido, então, já na avaliação, se faz o serviço completo, porque mexer demais neles é colocá-los em risco, estressa muito, e temos vários profissionais esperando para manusear os bebês. Imagina, se 10 foram avaliar o mesmo bebê, podem provocar lesões, e causar um trauma muito grande. Dependendo da situação, já aproveitamos até para dar o banho, e completar os outros cuidados.

Este último entrevistado revela a importância do compartilhamento do conhecimento a respeito do estado geral do bebê entre os vários profissionais que atuam na unidade buscando a sua recuperação. Pois, mais do que qualquer outro efeito, o compartilhamento do conhecimento evita o manuseio intenso do paciente, o que poderia prejudicá-lo. É perceptível, portanto, a intensa participação do médico e do corpo de enfermagem no compartilhamento do conhecimento na Unidade Neonatal do HU/UFSC.

Neste contexto, considerando a fragilidade do paciente recém-nascido, os pesquisados confirmam a concepção de Diniz (2008) e de Montanholi; Merighi e Jesus (2011) sobre a exigência de cuidados particulares que extrapolem os de ordem fisiológica, incluindo as questões psicossociais e ambientais no tratamento da doença física. Comprova-se aí a presença de um forte interveniente no compartilhamento de conhecimento na unidade de estudo, solicitando dos seus profissionais habilidade especial para que o processo aconteça adequadamente. Mas, ao manter familiares livres de dúvidas e informados sobre o quadro clínico do seu recém-nascido, verifica-se que tais habilidades estão sendo praticadas e os desafios – aqueles preconizados por Abid (2007) - inerentes à criação e à utilização de conhecimento na área de enfermagem neonatal do HU/UFSC estão sendo enfrentados. Ademais, outros profissionais dependem desse conhecimento, como os fonoaudiólogos e fisioterapeutas, conforme

sugere a Enfermeira C.

Acerca das características desse contato que se estabelece entre profissionais que atuam na Unidade Neonatal, isto é, com respeito à necessidade do trabalho interdisciplinar, à continuidade do cuidado e à conectividade das práticas de saúde, inicialmente, o médico A, indo na mesma linha de raciocínio do médico C, manifesta-se, afirmando que ocorre:

[...] trabalho em conjunto com a enfermagem, psicologia, serviço social, nutrição, fonoaudiologia e fisioterapia. Acho muito importante esse trabalho interdisciplinar, só traz benefícios para o paciente e melhora a atuação do grupo.

Já, o médico entrevistado B lembra que:

[...] os bebês estão sob vigilância contínua da equipe de enfermagem e equipe médica. Geralmente, as outras áreas (como, nutrição, fonoaudiólogo, e outras) vem fazer alguma assistência junto à equipe e, conseqüentemente, avaliam se o momento é apropriado. O pessoal das outras áreas pode chegar a qualquer hora, porém, normalmente há uma conversa antes do procedimento. Respeita-se o bebê, se houve muita manipulação, nós também evitamos fazer mais.

Com relação ao grupo de enfermeiros, mais especificamente, o contato com demais profissionais é considerado importante também por ser o HU/UFSC um hospital escola e, neste caso, envolver uma variedade de pessoas nas suas atividades, desde os profissionais da área da saúde até professores e alunos, de vários cursos da UFSC, tanto da graduação, como da pós-graduação e da residência médica. “Inclui até mesmo oriundos da UNISUL”, como revela a Enfermeira A. Ainda, segundo a Enfermeira B,

Existe muito relacionamentos aqui dentro e de outras unidades, quase todo dia temos que estudar com profissionais de outra especialidade como, por exemplo, o psicólogo, e passar para o médico a explicação na visão do psicólogo, isto é, como está o paciente nesta perspectiva. Além disso, faça a intermediação do cuidado, porque a fonoaudióloga ou a nutricionista não tratam diretamente com o médico, assim, quando ele visita o bebe, eu preciso estar aqui para lhe transferir o seu estado total.

Confirmando o papel da enfermeira como mediador do paciente e médico, a Enfermeira C recorda que “o medico se concentra na doença”, pois, “na verdade, quem mais identifica se o paciente precisa atendimento psicológico ou outro como serviço é a enfermeira, e, às vezes, o técnico também”.

Neste âmbito, diz a Técnica A que,

[...] a comunicação entre a enfermagem e os técnicos é bem ativa, das 7 da manhã até sete da noite, na passagem do plantão há uma troca sobre todos os internos isso é muito importante. Temos ligação aqui maior com os bebes, contato direto e diário e maior parte do tempo com o bebe, por isso, somos o elo principal, pois explicamos para outros profissionais como os bebes evoluem, devemos fazer a interação entre médicos e demais profissionais, como, fonoaudiólogos, da nutrição e psicólogas – somos nós que fazemos essa ponte. Porém nosso trabalho é um pouco instrumental, temos os cuidados do paciente, e não como o médico que é com as doenças e um órgão doente do bebe, nós fizemos mais apoio as pessoas.

Acrescenta a Técnica B, para a qual,

[...] a equipe multidisciplinar, com médicos, enfermeiras, técnicos, fono, psicólogos, nutricionistas, todos são bastante atuantes na unidade. Fazemos reunião multi, (com todos) quinzenais, mas durante os cuidados diários trocamos informações. Às vezes, o bebe não está bem de modo geral ou com febre, choroso, então, temos orientação para que, naquele momento, não se faça o teste da orelhinha ou do pezinho, ou de coração, para não colocá-lo em estado de estresse, ou provocar choro. Por isso tudo, o contato com todos os outros profissionais é obrigatório e constante pra o bem estar do bebe, nosso interno, nosso alvo.

Cabe, aqui, assinalar a importância atribuída pelos próprios técnicos de enfermagem à sua atuação como elo fundamental na cadeia de profissionais da Unidade, posto que, de acordo com a Técnica B, são eles que mantêm contato direto com os pequenos pacientes.

Todas as declarações anteriores retratam os atributos

identificados por Abid (2007) inerentes à criação e utilização do conhecimento em unidades de enfermagem neonatal, tal como a do HU/UFSC. A realidade revela que, de fato, o conhecimento que circula na referida unidade é criado e usado por uma variedade de interessados, sobretudo, com vistas à melhora da qualidade do tratamento dos recém-nascidos que lá estão internados. Assim, na perspectiva dos entrevistados, a atuação do grupo de profissionais daquela Unidade depende totalmente desse compartilhamento de conhecimento. Afinal, os relatos notabilizam que o conhecimento usado para criar soluções e decidir sobre o tratamento dos pacientes da Unidade de Internação Neonatal do HU/UFSC efetivamente é resultante da combinação de conhecimentos de modalidades diversas e oriundos de fontes diversas, seja do médico, do enfermeiro, do fonoaudiólogo e do nutricionista, fenômeno que vai ao encontro do entendimento de Bhirud, Rodrigues e Desai (2005), de Abid (2007) e de Hendriks (2004) sobre os efeitos do compartilhamento de conhecimento entre indivíduos, no que tange à capacidade de conectá-los à organização e para agregar valor a ela.

A questão seguinte tratou de analisar o sistema de autoridade presente na unidade do HU/UFSC em análise, com o objetivo de compreender como o conhecimento é compartilhado verticalmente. Para tanto, perguntou-se a quem os entrevistados estão diretamente subordinados, isto é, a qual unidade de nível superior do HU eles prestam contas, a partir do que todos indicaram como unidade de subordinação a direção do Hospital.

Porém, de modo mais completo, o médico A comentou que está “subordinado primeiramente à chefia médica do serviço de neonatologia, seguida da chefia da divisão de pediatria. Esta, por sua vez, responde à Direção médica (clínica) do HU e, enfim, à Direção geral do HU”. O Médico B, por seu turno, declara a sua subordinação “à chefia do serviço, que é colega dentro do serviço. Pois, essa pessoa representa o grupo”.

No caso do corpo de enfermagem, todas responderam estar subordinadas, primeiramente, à chefia da divisão, isto é, à enfermeira-chefe, sendo que, em qualquer situação de emergência ou suporte, devem recorrer diretamente a ela. Assim, quando perguntadas sobre a quem recorrem diante de uma dúvida ou de uma demanda de informação sobre procedimentos do setor, afirmaram, respectivamente, as Enfermeiras B e C o que segue:

Em uma situação de procedimento novo ou diante da mudança de uma rotina, a gente se reúne e busca,

nas evidências e experiências, ou em um guia, a orientação mais correta. Por exemplo, diante de uma mudança de medicação, a gente procura o NEOFAX², um tipo de manual que trata das medidas de medicamentos e seus usos. Se for ver, a neonatologia é uma ciência muito nova, então, muitas vezes, precisamos fazer pesquisas. Em certa ocasião, por exemplo, consultando a página do Ministério da Saúde, soubemos que não deveríamos mais usar álcool, então fomos conferir em outros sites da Internet. A partir daí, passamos a não usá-lo mais, procurando soluções alternativas. De modo geral, inicialmente, não procuro os colegas, nem outra pessoa, mas as bases de dados e de pesquisa aberta. (Enfermeira B).

Peço ajuda e tiro dúvidas com qualquer colega da equipe, mas principalmente com os colegas da enfermagem, considero todos responsáveis e sérios, e, confiáveis para tirar dúvidas. Confiar na minha equipe e isso é muito bom, ter confiança nos colegas dá mais satisfação em continuar. Consulto também o enfermeiro do plantão ou a chefia de enfermagem, outras vezes, aos técnicos de enfermagem que tem bastante experiência e prática em neo ou, se complicar, dependendo do caso, eu também recorro ao médico de plantão. (Enfermeira C).

A Técnica em enfermagem C, por sua vez, trouxe uma resposta que merece destaque, pois, para esta profissional, sempre que tem dúvida, “procura a chefia, que são enfermeiras, pois, dependendo do profissional”, ela sente que não tem o mesmo nível de abertura com todos, sendo os “residentes muito mais acessíveis”, além disso, é algo que “exige empatia”. Por isso, professa esta Técnica (C), que, às vezes, recorre aos livros.

O sentido da comunicação – no caso deste estudo, da Direção, para a Direção ou entre os pares -, segundo confere Maximiano (2011), determina os tipos de mensagens que podem fluir na estrutura organizacional, o que é analisado na sequência, depois de se perguntar para os entrevistados, a quem costumam recorrer quando precisam de alguma informação sobre as atividades que desenvolvem na Unidade Neonatal. Neste sentido, as opiniões mostraram-se, de certa forma,

² NEOFAX (2010) é um manual de drogas usado para o tratamento neonatal.

divergentes. Uma vez que, o médico A considera que já tem todas as informações que lhe competem, por trabalhar no setor em estudo há 19 anos, somente recorrendo a colegas de outras unidades do HU ou de outros hospitais em casos específicos. Em compensação, o médico B e o C fazem questão de, inicialmente, recorrer àqueles que atuam na própria unidade, independentemente da posição ou cargo ocupado e, depois, de buscar independentemente o conhecimento necessário para a solução.

O corpo de enfermagem, sejam enfermeiras ou técnicos, também forneceram respostas que sugerem uma análise especial, já que, embora, tenham citado a importância da chefia superior como uma referência para tirar suas dúvidas também apontam outras alternativas. Diante dessa circunstância, reconhecem que buscam apoio em fontes externas, como na Internet, e, sobretudo, entre colegas do mesmo nível hierárquico.

Com base nos relatos obtidos dos entrevistados, percebe-se que, ao contrário do que defende Maximiano (2011), na Unidade Neonatal do HU/UFSC, não se está garantindo que a comunicação circule nos três sentidos quando o assunto é compartilhar conhecimento. Neste aspecto, nota-se a ênfase no compartilhamento do conhecimento entre os pares da unidade. Além disso, as falas desvelam que os profissionais de lá atuam com autonomia, independentemente do poder de que dispõem seus superiores de determinar como proceder e da responsabilidade que eles assumem em mantê-los informados sobre o que acontece no setor. Por fim, as respostas, em especial do corpo de enfermagem, evidenciam, que o nível de confiança no indivíduo é preponderante na escolha da fonte do conhecimento de que precisam para realizar suas atividades, confirmando a concepção de Alcará et al.,(2009) a respeito do assunto.

4.2 MECANISMOS USADOS PARA COMPARTILHAR CONHECIMENTO NA UNIDADE DE INTERNAÇÃO NEONATAL DO HU/UFSC

Nesta seção, busca-se caracterizar os mecanismos e meios usados por aqueles que atuam na Unidade de Internação Neonatal do HU/UFSC para se comunicar e trocar conhecimento.

Com vistas a atingir tal finalidade, a primeira solicitação feita aos pesquisados foi para que comentassem se o conhecimento que usam no dia-a-dia, na unidade Neonatal, está registrado em algum lugar (como em manuais, em relatórios ou em livros e artigos) ou vem da interação com colegas de trabalho, ou se refere às duas situações. Em verdade,

trata-se de verificar, por meio das respostas dadas, se os citados atores trabalham mais intensamente com conhecimento tácito ou explícito.

As respostas a tal questionamento trazem um significado particular, na medida em que se verifica um consenso sobre o tipo de conhecimento mais utilizado pelos pesquisados. Todos eles afirmam usar, em primeira instância, o conhecimento explícito, como se pode exemplificar por meio das seguintes falas:

Usamos manual, livros, sites específicos na área de neonatologia, artigos na especialidade e também interagindo com outros colegas de trabalho. (Médico A).

Existe um padrão de atendimento e um protocolo a ser seguido. Geralmente, todos seguem o padrão, quando há alteração ocorre uma explicação sobre ela. [...] Sempre consultamos manuais, livros, principalmente quanto temos alguma dúvida. (Médico B).

Apenas o terceiro entrevistado (médico C) acrescenta, ao hábito de obter conhecimento não somente a partir da leitura de livros e de revistas especializadas, mas também da sua participação em congressos médicos, da prática, e “quando aparece um caso diferente”, costuma recorrer “à discussão com colegas”. Tal postura sinaliza que o conhecimento tácito tem, para ele, importância ímpar.

De modo geral, contudo, é possível se depreender que a predileção pelo uso do conhecimento explícito advém do fato de que, como recordam Almeida; Freitas e Souza (2011), tal tipo de conhecimento é transmitido entre as pessoas com mais facilidade, sobretudo para organizações do mundo ocidental.

Já as enfermeiras apresentam uma postura marcante e, simultaneamente, diferenciada, se comparada a dos médicos, conforme pode ser verificada nos relatos destacados, a seguir:

[...] a nossa experiência de anos de trabalho na área conta muito, pois, os demais profissionais nos ensinam muito, como aqueles da área de medicina, as enfermeiras, do serviço social, as psicólogas e os alunos também. Trabalhar multiprofissionalmente é muito gratificante, tem um retorno muito produtivo, é como se tivesse uma aula por dia, todos os dias. Eu não fiz mestrado, só fiz especialização. [...]. Estou sendo agora preceptora de residência de enfermagem, eles vêm com muito conhecimento

formal, coisas que eu não vi na faculdade, que eles estão vendo agora porque muita coisa modifica. Ter esse envolvimento no trabalho e com todas essas pessoas, aproveitar isso é como fazer cursos de atualização. (Enfermeira A).

O que eu uso de conhecimento aqui é o que o próprio trabalho me proporciona. Usamos as próprias ocorrências e vivências do setor. Foram feitas oficinas de estudo, com a última turma de residência, tipo um fórum ou Semana da Enfermagem, quando os residentes apresentaram aqui relatórios de estágio [...]. Ficou muito bom. A ideia é juntar estes relatórios e instituir, aqui no setor, um manual de práticas, que deve funcionar como um livro guia e, assim, tudo o que é feito de determinado assunto está sendo colocado nele, de modo que os procedimentos possam ser consultados ali posteriormente. (Enfermeira B).

As Técnicas em Enfermagem, seguindo o mesmo princípio das enfermeiras, também costumam recorrer ao conhecimento explícito, disponibilizado em manuais, porém, ressaltando-se a fala de uma delas (Técnica C), é comum o compartilhamento do conhecimento tácito, em decorrência “da interação com os vários profissionais da unidade, no dia-a-dia”. E, continua, afirmando: “baseio minha prática em estudos, artigos, livros, manuais do Ministério da Saúde e, também, aprendo muito com a prática dos colegas que possuem mais experiência”. Particularmente, esta última profissional valoriza tanto o conhecimento explícito, como o tácito.

Para as Enfermeiras, portanto, é essencial a busca de conhecimento tácito. Apesar de autores - tais como Nonaka e Takeuchi (1998) e Almeida; Freitas e Souza (2011) - julgarem ser mais complexo o compartilhamento do conhecimento tácito, ao mesmo tempo, compreendem-no como sendo fundamental para a gestão do conhecimento. Afinal, a exemplo do que alertam Rodriguez e Rodriguez (2010), o que caracteriza a gestão desse tipo de recurso é a existência de processos que garantam a transformação do conhecimento tácito em explícito e vice-versa, experiência esta relatada pelo corpo de enfermagem, incluindo os técnicos.

Soma-se a isso a concepção de Nonaka e Takeuchi (1998), para os quais a criação do conhecimento organizacional pressupõe a realização de 5 fases distintas no tratamento desse recurso, indo desde a etapa referente ao compartilhamento do conhecimento tácito até a

relativa à sua difusão. No caso em estudo, observa-se o compartilhamento de conhecimento tácito por meio das interações entre profissionais que ocorrem no dia-a-dia da Unidade Neonatal e, ainda, em eventos como o citado pela Enfermeira A, denominado Semana da Enfermagem, quando residentes e corpo clínico da Unidade se reúnem para discutir e difundir suas experiências. O sucesso de tal encontro está em permitir que os profissionais que atuam na Unidade Neonatal possam, não apenas compartilhar suas experiências, mas, mormente, suas emoções, sentimentos e modelos mentais, detalhes difíceis de serem explicitados em manuais, ou em qualquer outro meio de registro formal.

Depois, ao serem questionados sobre quais são os mecanismos mais frequentemente usados para compartilhar conhecimento na Unidade Neonatal, chamou a atenção o que os Médicos B e C afirmaram:

Sempre uso base de dados. É importante, ainda, conversar com as equipes, porque há pessoas que adquirem conhecimentos antes de você e podem transmitir e aí vem a interação informal. Em relação às conferências internas, nós fazemos no HU, às vezes, para traçar novos protocolos. Storytelling não existe. Dias das melhores práticas não existe [...]. Treinamento, sim, quando há uma mudança de algo importante. O aperfeiçoamento profissional sempre. O uso da literatura mais frequente é a base de dados de periódicos, publicações, muito mais do que o livro texto. (Médico B).

O compartilhamento se dá durante o horário do trabalho, através de conversas informais e discussões dos casos clínicos. Uso também o Medline ou PubMed³ para pesquisar. Temos um caderno onde anotamos as pendências, para quem começa nos próximos horários. (Médico C).

³ De acordo com a USP (2010), a diferença entre Medline (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*) e o PubMed é que o primeiro corresponde a uma “base de dados online que oferece acesso gratuito a referências e resumos de revistas científicas da área Biomédica. São indexados nesta base aproximadamente 5.400 periódicos dos Estados Unidos e de mais 80 países”. Já, o “PubMed é um recurso gratuito desenvolvido e mantido pela Biblioteca Nacional de Medicina (NLM®) dos Estados Unidos. Além de oferecer acesso aos recursos relacionados ao Medline, o PubMed também contém: registros de artigos em fase de indexação, informações sobre os publicadores das revistas, Mesh® (Vocabulário controlado da NLM), OLDMEDLINE, registros de livros disponíveis no NCBI Bookshelf, links para sites que possuam artigos com texto completo e outros assuntos relacionados, filtros especiais para consultas específicas, *Single Citation Matcher* (localizador de registros), entre outros”.

As enfermeiras e técnicas de enfermagem, por seu turno, trouxeram respostas semelhantes, o que motivou a escolha daquela mais completa para representar o conjunto. Desse modo, a Enfermeira A fez os seguintes comentários sobre as possibilidades de mecanismos de compartilhamento de conhecimento:

- a) Sobre bases de dados, ela alega que as utiliza frequentemente, além da Internet;
- b) Contato pessoal: “Temos total liberdade de enviar mensagens e telefonar sempre que for preciso quando, por exemplo, o colega está de licença, de férias ou viajando”;
- c) Troca de conhecimento: “Trocamos ideia o tempo todo, na reunião, no cafezinho, corredores. Entendo que quanto maior o número de pessoas com as quais temos afinidade no trabalho, maior é a possibilidade de falarmos sobre assuntos profissionais, como dos casos, dos pacientes [...]”;
- d) Comunidade de prática: “O hospital oferece, de tempos em tempos, esta atividade. Nela, é feita a apresentação de assuntos que interessam tanto à comunidade externa, de modo geral, como aos profissionais. Como não existe um auditório específico para isso, este evento é feito em áreas comunitárias, onde os convidados sentam em círculos, para ficar mais informal, e para que todos se sintam a vontade de falar e participar, ou, até, em outro hospital”;
- e) Conferências internas: “As conferências são realizadas para que conceitos novos sejam apresentados. Assim, acontecem palestras no auditório do HU, onde são exibidos filmes que trazem algum interesse didático: ano passado, teve o filme americano A dieta do palhaço, sobre *fast food*, quando nutricionistas aproveitaram para falar da importância da alimentação equilibrada, para evitar diabetes, hipertensão e síndrome metabólica, entre tantas outras doenças com causas conhecidas que invadem o hospital, devido ao crescente número de obesos na nossa sociedade. Em eventos como estes, temos a oportunidade para debater o assunto logo após, [...], o que ocorreu na telemedicina sobre transplantes de órgãos, por exemplo.”;
- f) *Storytelling* – “Não sei se encaixa aqui, mas, uma vez por ano, no HU, há uma exposição, com cartas de pacientes, acompanhantes tratados no Hospital, e de familiares, contando sobre a sua experiência durante o tratamento e agradecendo pela acolhida [...]”;

- g) Dia das melhores práticas: “Não sei se encaixa aqui, [...], mas quando o aluno que passou pela unidade fez estágio ou acompanhou algum médico, no final, ele deve apresentar um relatório, incluindo os de mestrado, doutorado e residência, que precisam também apresentar aqui a sua pesquisa. Então, todos são convidados para assistir, tirar dúvidas, fazer críticas ou elogios. Outra coisa é que o HU é referência em atendimento de vítimas de violência, e, também, de interrupção de gestação. Com isso, todo ano tem um fórum, que acontece em lugares diferentes, sobre tais assuntos. Eu fui agora em fevereiro em um evento desses, em São Paulo [...]”;
- h) Treinamento: “[...] nós estamos agora usando um método bem interessante: quando as meninas chegam para fazer uma residência, como a Unidade é multiprofissional, elas pegam um estudo de caso sobre um paciente, que engloba profissionais de todas as áreas envolvidas, isto é, o residente de enfermagem trabalha esse paciente na parte clínica, o de psicologia pega o mesmo paciente, mas trata da visão neurológica de expressões traumáticas e manifestações emocionais, e o de serviço social estuda o lado social desse paciente. Assim, vemos o bebê como um todo, o paciente não é um doente ou um órgão, mas um ser por inteiro, completo (sistêmico e holístico) [...]”;
- i) Aperfeiçoamento: “[...] sempre tem cursos e isso é inevitável, pois é preciso se aperfeiçoar sempre, o profissional da saúde tem que se atualizar, é quase natural para nós. Para isto, só basta ter boa vontade. [...] na capacitação do HU, lá tem cursos sugeridos pelas chefias e planejados para as necessidades e dificuldades vistas durante o serviço”;
- j) Uso da literatura: “às vezes recorro aos meus livros didáticos, ou algum material ou artigo que a chefia indica [...]”.

A despeito de se saber, como já comentado anteriormente, que o compartilhamento do conhecimento tácito é tido como a etapa mais complexa do processo de criação de conhecimento, segundo alegam especialistas, como Nonaka e Takeuchi (1998), descobre-se que, novamente, os investigados pronunciaram-se positivamente a respeito dela nas suas respostas. Neste contexto, destaca-se que todos mencionaram sobre a importância em estabelecer contato com outros profissionais, seja da sua unidade de trabalho ou não, para compartilhar conhecimento, especialmente em horário de trabalho.

Ainda no campo do conhecimento tácito, são indicados, tanto pelos médicos como pelo pessoal de enfermagem, meios fundamentais como a realização de reuniões, de conferências e de treinamento internos, coincidindo com o concebido por Bhirud, Rodrigues e Desai (2005). Afinal, também na Unidade Neonatal do HU/UFSC, tais meios são usados para garantir o aprendizado dos novatos a partir da interação deles com os mais experientes.

Em contrapartida, o conhecimento explícito é compartilhado, sobretudo, via mecanismos mais estruturados, a exemplo das bases de dados e de pesquisas em fontes literárias (livros e periódicos) e em bases médicas (Medline e PubMed). Além desses, o médico C lembra acerca da função de um dispositivo em particular – um caderno – que torna possível ao profissional de um turno de trabalho compartilhar com outros de outro turno “pendências” a serem resolvidas, isto é, a dar continuidade ao que o profissional anterior estava realizando.

Entre os mecanismos de compartilhamento de conhecimento citados pela Enfermeira A, chama a atenção à falta de informações que os pesquisados tem a respeito de algumas alternativas, como o *storytelling* - restrição também evidenciada na fala do Médico B. Este fenômeno pode ser resultado, conforme lembra Brusamolín (2008), do fato de haver desconhecimento de como aplicar a técnica, já que existem poucas fontes em português.

Diante deste cenário, identifica-se que há outros meios recomendados pelos especialistas (BHIRUD; RODRIGUES; DESAI, 2005; ALCARÁ et al., 2009; DAVENPORT; PRUSAK, 1998; DIXON, 2000) para compartilhar conhecimento, contudo, não estão amplamente disponíveis àqueles que atuam na Unidade em foco, como o *Storytelling* e o Dia das Melhores Práticas – estes dois assinalados pelos médicos entrevistados –, as Comunidades de Prática, o evento conhecido como *show* de tecnologia e aquele denominado Dia da Inovação e, por fim, o uso de tecnologias mais avançadas, a exemplo dos Repositórios de Conhecimento. Todos estes mecanismos, todavia, constituem-se em oportunidades para o aperfeiçoamento da gestão do conhecimento, e mais precisamente do seu compartilhamento, na Unidade Neonatal do HU/UFSC, tendo cada um deles características e funções diferenciadas, segundo especificam Bhirud; Rodrigues e Desai (2005).

4.3 FACILITADORES E BARREIRAS PARA O COMPARTILHAR CONHECIMENTO NA UNIDADE DE INTERNAÇÃO NEONATAL DO HU/UFSC

Esta seção é desenvolvida com base no pressuposto de que, nas organizações de modo geral, há fatores capazes de facilitar o compartilhamento do conhecimento e outros, ao contrário, constituem-se em obstáculos, segundo indicam autores, tais como Käser e Miles (2001 apud RYS, 2007), Rys (2007) e Alcará et al., (2009). Diante desta premissa, buscou-se a percepção dos profissionais de saúde que atuam na Unidade de Internação Neonatal do HU/UFSC para se verificar como este fenômeno se manifesta lá.

Como resposta à pergunta 8, da terceira parte do roteiro de entrevista (Apêndice B) - Em relação ao compartilhamento do conhecimento relativo ao dia-a-dia da Unidade Neonatal (HU/UFSC), quais barreiras (dificuldades, obstáculos) e/ou facilitadores você encontra? -, verifica-se, inicialmente, que os médicos concordam sobre a existência tanto de facilitadores como de barreiras para o compartilhamento do conhecimento na Unidade. Nesse sentido, repercutem os comentários trazidos pelos médicos 1 e 3, respectivamente. Assim, sobre o assunto, similarmente ao médico 2, o médico 1, afirma que,

O uso da linguagem é um facilitador entre os profissionais da área de neonatologia. A grande maioria tem a visão comum, o que é um facilitador, como também a existência de laços. Atualmente temos condições apropriadas no setor e considero como facilitador. Há incentivos, mas falta tempo. A motivação não é muito frequente neste setor, mas há esforços para que as tomadas de decisões sejam em grupo e incentivem o compartilhamento.

O médico 3, de outro modo, incorpora as variáveis comprometimento e respeito mútuo à resposta, ao dizer que:

Considero que, neste setor, todos se respeitam e tem comprometimento com suas funções. O respeito que existe e a amizade servem para atender melhor. A linguagem e a visão comum facilitam o compartilhamento das informações. A maior parte dos colegas e da enfermagem se sente motivado em ter contato com novidades, a aprender e divulgar novos conhecimentos.

Nota-se que os médicos entrevistados atribuem especial valor ao uso de uma linguagem e de uma visão comum entre os atores que atuam na Unidade em estudo como facilitador do processo de comunicação, além da existência de incentivos, motivação e confiança mútua que igualmente facilitam o compartilhamento do conhecimento entre eles. Estes fatores não somente convergem para a concepção trazida pelos autores analisados neste estudo - Rys (2007), Alcará et al., (2009) e Andreasian, G. e Andreasian, M. (2013) -, mas, também, representam mais de 50% do conjunto de facilitares citados por eles.

A equipe de enfermagem divide-se, com respostas que estão, dentro de uma visão ora otimista, ora pessimista. Na perspectiva positiva, a fala da enfermeira B, usada aqui pelo seu nível de detalhamento, é a seguinte:

Considero como facilitador o fato de a equipe se entender, porém se aparece uma doença rara, todos comentam que nunca ouviram falar sobre ela, mas a equipe se compreende, daí a equipe toda vai procurar nos livros. Compartilhamos também a mesma visão sobre nossa atividade, incluindo os novos que chegam à unidade. Considero que, neste setor, isso é um facilitador porque todos se respeitam e tem comprometimento com suas funções. Os laços de confiança são fortes, porque acho que temos que ser, primeiramente, profissionais, mas podemos nos aproximar das pessoas e criar esse vínculo com elas. Assim, a amizade dentro do trabalho [...] serve para aproximar, facilitando o trabalho [...].

Sobre este último aspecto, vale acrescentar a fala da Enfermeira A, para a qual o compartilhamento é possível “devido aos laços de amizade que a gente criou entre profissionais da nossa classe”.

Igualmente, na avaliação da enfermeira C, há fatores que afetam positivamente para o compartilhamento do conhecimento na Unidade, a saber:

- a) “existe uma abertura para discutir, não temos dificuldade de comunicação”;
- b) “a visão comum para o bem estar no bebe faz com que o trabalho seja desenvolvido com muita dedicação e responsabilidade”;
- c) “todos sentem confiança um no outro, passamos muito tempo aqui dentro juntos, tanto que podemos nos abrir para falar de

- nossos medos e alguma dificuldade”;
- d) “há condições apropriadas, como a existência de sala de reuniões, copa (onde os servidores, professores e alunos do HU podem ir para tomar café e para conversar), há computadores e recursos para nos ajudar na comunicação e nas pesquisas”;
 - e) “quanto ao incentivo para compartilhar, ele existe e não vejo barreiras”;
 - f) “todos veem importância em trocar experiência e trabalhar seguros do que fazem. Neste período curto em que estou aqui, não vejo restrições em compartilhar conhecimento, talvez se ficar mais tempo e conhecer melhor o grupo, eu sinta alguma restrição, mas, até o momento não vejo barreira nenhuma nesse sentido. A gente trabalha e tem muito serviço e todos se completam”.

Na perspectiva negativa, porém, a Enfermeira B, ao contrário da Enfermeira C, assinala que existem condições para o compartilhamento do conhecimento na Unidade, embora, afirme que essas condições,

[...] poderiam ser melhores, ainda é uma coisa que dificulta o nosso trabalho, se tivesse mais tempo seria melhor [...], muitas vezes, não tem como eu liberar um técnico para ir em uma palestra, afinal, como vou deixar um bebe sozinho? A insuficiência de profissional é uma barreira. O incentivo da gestão aqui é uma barreira, pois, na minha opinião, o compartilhamento de conhecimento deveria ser mais incentivado [...]. A motivação entra como uma barreira, já que as pessoas tem o conhecimento, passam o que sabem, quer dizer, ninguém se nega quando solicitado, mas falta motivação, as pessoas tem dificuldade para a troca espontânea de conhecimento, precisam mais vontade, energia [...]. Então, a consciência do grupo é uma barreira, devido a tudo isso que falei.

Também, respondendo à pergunta 9, da parte 3 do roteiro (Apêndice B), a respeito das barreiras para o compartilhamento do conhecimento existentes na Unidade de Internação Neonatal do HU/UFSC -, os técnicos particularmente, manifestam-se a respeito das dificuldades de comunicação. Por exemplo, chamou a atenção a fala da Técnica de Enfermagem B, qual seja:

[...] com certeza, a linguagem técnica é uma barreira. Em alguns momentos, enfrentamos isso aqui, tem profissionais que a gente tem liberdade para comentar sobre os casos, e tirar dúvidas. Agora, tem outros que a gente não pode comentar nada, então fica um mal entendido. Sempre procuro participar da passagem de visitas junto com o médico. Mas, tem umas pessoas aqui que são muito simplórias [...] e não entendem o que devem fazer com seu familiar paciente. Então, quando acaba a vista, o médico sai e o funcionário ou acompanhante, fala assim: o que é que ele falou? Mas de um modo geral a equipe de enfermagem se identifica e é um facilitador, a gente traduz aos familiares e, até, alunos que vem acompanhar a dinâmica da Unidade, o que os médicos falam.

O comentário da técnica B revela, ainda, a falta de confiança entre membros da equipe como um obstáculo ao compartilhamento, comprovando o que dizem Andreasian, G. e Andreasian, M. (2013) a esse respeito. O cenário fica ainda mais depreciado se for levada em conta a maneira como tal fenômeno pode afetar a qualidade da comunicação na Unidade Neonatal, que, como define Maximiano (2011), é diretamente proporcional à qualidade da comunicação entre os indivíduos.

Na continuidade, identificam-se, por meio da manifestação da enfermeira A, outros pontos de insatisfação, como segue:

Motivação para compartilhar conhecimento, na Neo [...], não tem como, aqui [...] não se pode participar e trazer coisas novas. Para isso, é preciso que os gestores aceitem os palpites e nossas sugestões, a flexibilidade da chefia faz tudo. Dar a chance de apresentar trabalho [...] lá não tem, na Neo não existe a possibilidade de desenvolver o potencial das pessoas, comigo não ocorreu, vejo as pessoas angustiadas, todas estão sendo dirigidas pela cabeça de poucos.

Por fim, no que diz respeito ao apoio e incentivo oferecidos pela gestão para compartilhar conhecimento, tanto a enfermeira A como a B e as técnicas A e C responderam que não existem. E, ainda, segundo destaca a entrevistada A, isso depende muito “de quem é o gestor, pois, cada vez que muda a gestão, muda tudo”. Apesar de que, segundo

Maximiano (2011), a comunicação para baixo caracteristicamente tenha caráter diretivo, ela precisa oferecer condições para facilitador o processo e não o contrário.

4.4 APERFEIÇOANDO O COMPARTILHAMENTO DO CONHECIMENTO NA UNIDADE DE INTERNAÇÃO NEONATAL DO HU/UFSC

O levantamento, sobretudo, dos mecanismos, facilitadores e barreiras apontados pelos respondentes para o compartilhamento do conhecimento na Unidade de Internação Neonatal do HU/UFSC permite que sejam elaboradas alternativas de ação para o aperfeiçoamento da gestão do conhecimento na citada unidade e, mais precisamente, no que se refere ao compartilhamento deste recurso.

Neste propósito, buscaram-se, inicialmente, contribuições dos próprios sujeitos de pesquisa, médicos, enfermeiras e técnicas de enfermagem da Unidade, perguntando-se a eles, por meio da questão 11, do Apêndice B, sobre quais soluções poderiam ser usadas para o enfrentamento das barreiras existentes no setor para o compartilhamento do conhecimento.

Para os médicos, prevaleceu o estímulo ao compartilhamento do conhecimento como a solução às barreiras existentes no setor para efetivá-lo. As respostas dadas pelos médicos B e C ilustram exatamente esta posição, como se observa na sequência:

É importante promover maiores encontros entre as áreas que trabalham em uma mesma unidade, associados à busca de conhecimento de cada área, em que cada um pode transmitir conhecimento para o outro [...]. Assim, todos aprendem. Todas as áreas da neonato são apropriadas para a troca de conhecimento, principalmente nas trocas de turno (Médico B).

O diálogo aberto é uma visão positiva, evitando-se críticas pessoais para motivar o compartilhamento. Para isso, considero o autoritarismo muito contraproducente, pois esta postura acaba colocando o outro em situação defensiva quanto a absorver o conhecimento compartilhado. (Médico C).

As enfermeiras, em contrapartida, trouxeram outros meios de

sanar as dificuldades relativas ao compartilhamento do conhecimento na Unidade. A respondente A, por exemplo, compreende que, se a classe estivesse mais unida, a troca de conhecimento entre as enfermeiras seria facilitada. Além disso, é consenso a necessidade de se constituir uma carga de trabalho menos opressiva nesse sentido, afinal, assevera a Enfermeira A: “Tem muito trabalho. [...] agora, aqui no HU, estamos vivendo um momento muito crítico com falta de pessoal [...]”. A Enfermeira B manifesta-se de modo similar, alegando que,

[...] enquanto não houver profissional suficiente, infelizmente, a gente vai ter dificuldade em montar uma estrutura em que haja o compartilhamento do saber. Mas, fora isso, mesmo assim, tem coisa que é possível fazer como motivar a equipe, trazendo assuntos que possam ser do interesse deles, fazer oficinas, trabalhos em grupo [...].

Nota-se, na fala anterior, não somente a disponibilidade de tempo como pré-requisito para ampliar a capacidade de compartilhamento entre os profissionais da Unidade Neonatal, como, também, a motivação para que isso seja feito, o que é igualmente mencionado por todas as técnicas de enfermagem.

Partindo da premissa de que, em uma organização, o conhecimento cresce à medida que é compartilhado, segundo especifica Sveiby (1998), seja pelo estímulo ou pela ampliação do tempo para compartilhar, a Unidade Neonatal estará oportunizando o desenvolvimento do processo entre os profissionais que lá atuam e entre eles e demais atores indiretos, como professores, alunos e agentes de outras áreas de atuação. Apesar de se reconhecer, com base em Rys (2007) e em Alcará et al.,(2009), que a motivação para compartilhar deve ser intrínseca, e não extrínseca, é papel dos gestores da Unidade em estudo estimular tal prática entre seus membros.

O ponto de partida seria conscientizá-los sobre a importância do compartilhamento, pois, como adverte Rys (2007), ao reconhecer esta importância, o indivíduo passa a cooperar nesse sentido e, sobretudo, sente-se motivado para fazê-lo espontaneamente. Sem falar no fato de que, como afirmam Alcará et al., (2009), quando os participantes partilham de uma mesma visão dos objetivos organizacionais, a tendência é diminuir o nível de resistência quanto ao compartilhamento do conhecimento entre eles.

Alcará et al., (2009) sugerem que sejam instituídas formas de compensação, especialmente, para aqueles que veem no conhecimento

uma fonte de poder (MORGAN, 1996). Os médicos da Unidade merecem um apoio dessa ordem, já que, por terem investido maciçamente na composição da sua carreira, mostraram-se mais resistentes ao compartilhamento. Esta é uma prerrogativa fundamental a uma unidade de um hospital-escola (BONACIM; ARAUJO, 2009), que é o caso da Unidade Neonatal aqui pesquisada, posto que, o aprendizado de um grupo particular de estudantes universitários, de graduação ou de pós-graduação, acerca do serviço hospitalar neonatal depende, em grande parte, dessa troca com profissionais da área. Mesmo assim, a Enfermeira B considera que “[...] motivar também é incluir as famílias que estão aqui dentro que, às vezes, estão fazendo conosco procedimentos cirúrgicos dos quais não tem a menor noção do que se trata e como lidar com o paciente depois que ele receber alta [...]. A gente, como profissional, não consegue dar conta [...]”. Em complemento, alega a Enfermeira C e a Técnica B sobre a utilidade de se falar a mesma linguagem, sendo que, para a primeira,

[...] não que não se tenha o conhecimento, mas, as pessoas tem o conhecimento das coisa que fazem, mas deveriam dar a mesma orientação para os pais [...]. Todo mundo deve ter o conhecimento a respeito daquilo que está acontecendo na Unidade e dar o mesmo tipo de informação ou orientação. Isso é muito falho, um fala uma coisa, daí chega o outro plantão, o outro pensa diferente, e fala do seu jeito. O que faz isso é a falta de padronização. Para se falar a mesma linguagem, é importante padronizar. (Enfermeira C).

O segundo passo refere-se à reserva de tempo suficiente para a troca de conhecimento, seja por meios informais ou formais. O fato é que a pressão causada pelo acúmulo de responsabilidades no tratamento e cura dos pacientes recém-nascidos, relatada por todos os entrevistados – incluindo aqueles que exercem também funções de gestão -, acaba dificultando e não dando oportunidade para o compartilhamento do conhecimento. Neste caso, os profissionais da Unidade acabam se restringindo a passar aos colegas do próximo turno somente o conhecimento necessário para que ele dê continuidade àquilo que foi iniciado no turno de serviço anterior.

E, finalmente, é preciso selecionar meios eficazes para o compartilhamento de cada tipo de conhecimento, tanto tácito, como explícito. Infere-se, a partir da pesquisa, que a predileção pelo

conhecimento explícito pode estar associada tanto à complexidade natural inerente ao compartilhamento do conhecimento tácito, tal como preconizam Almeida; Freitas e Souza (2011), ou à insuficiência de meios adequados para realizá-lo. Neste contexto, a Enfermeira B, em particular, propõe a elaboração de material informativo destinado aos mais variados grupos de interessados, a exemplo dos familiares. Para esta entrevistada, seria interessante,

[...] fazer um folder explicativo, entregar folhetos às famílias que recebem muita informação. Assim, elas poderiam ler de novo o que ouviram e viram aqui. Esta opção até poderia ser aplicada a residentes, estagiários, mas tal iniciativa tem que vir do gerenciamento do hospital e não da gente que está na unidade, na prática [...]. (Enfermeira B).

A fala anterior (da Enfermeira B) revela preocupação especificamente com relação ao público externo à Internação Neonatal e, nesse âmbito, com o processo de ensino-aprendizagem, uma vez que a Unidade integra o Hospital Universitário da UFSC.

Partindo das colocações de Bartol e Srivastava (2002) e dos resultados obtidos até aqui, no atual estudo, recomenda-se que a Unidade investigada faça investimentos no sentido de intensificar as interações informais entre os seus agentes e deles com a comunidade externa, como, por meio de eventos sociais. Além disso, a realização sistemática de debates entre equipes de trabalho da Unidade é ainda uma forma de assegurar o contato entre profissionais de diferentes áreas de atuação. Em relação a esta última proposta, a implantação de fóruns de discussão pela Internet, e, portanto, com o apoio das TIC's, representa uma alternativa simples - como indicam Bhirud; Rodrigues e Desai (2005) e Alcará et al., (2009) - para conectar os membros da Unidade Neonatal, sem esquecer o poder do contato face-a-face. Ainda, com as TIC's, seria factível estabelecer um canal de comunicação direta, com o público externo, por exemplo, para responder dúvida dos alunos, residentes ou, até, de familiares de pacientes por e-mail ou *chat*.

Buscando contribuir, a Técnica A faz, ainda, a seguinte assertiva:

Acho que o aperfeiçoamento é fundamental para o desenvolvimento profissional [...]. A equipe deve se permitir, facilitar, valorizar os encontros e reuniões para a troca desse conhecimento adquirido, porque tem gente muito boa com muito conhecimento, que

pode se perder na solidão. Se o conhecimento ficar só com o técnico, a pessoa passa por aqui, vai embora ai, muda de hospital, morre ou aposenta e foi com toda a sua bagagem, sem passar para ninguém [...]. Então, minha mensagem é achar um lugar bom para compartilhar conhecimento, onde haja respeito mútuo pelas pessoas [...].

A entrevistada anterior (Técnica A) indica, não somente o uso de meios que possibilitem a permanência, na Unidade, do conhecimento adquirido por seus profissionais, como, igualmente, a existência de encontros entre eles e de um ambiente seguro, no qual as pessoas possam trocar ideia sem receio e com muito respeito. Para a primeira opção, trata-se de delinear práticas voltadas a transformar conhecimento tácito em explícito.

Observando-se a concepção de Bhirud; Rodrigues e Desai (2005) sobre os diferentes mecanismos disponíveis para fomentar o citado processo, acredita-se adequada a implementação de repositórios de conhecimento. Com eles, a Unidade Neonatal, por intermédio dos seus profissionais, poderia registrar o seu *know-how* e experiências, tornando-os acessíveis a todos. Os encontros podem ser desenhados a partir da perspectiva do *storytelling*, isto é, em eventos em que os médicos e equipe de enfermagem pudessem contar à comunidade histórias da sua vivência na Unidade Neonatal do HU/UFSC. E/ou, até mesmo, uma vez por semestre, recomenda-se a instituição do Dia das Melhores Práticas, no qual seria atribuído um reconhecimento especial àquele profissional que trouxesse uma solução inovadora ao setor. A escolha da melhor solução poderia ficar a cargo de uma banca de 3 avaliadores externos. Por fim, recordando as palavras de Andreasian, G. e Andreasian, M. (2013), na Unidade pesquisada, entende-se essencial que seu gestor atue no sentido de aumentar o nível de confiança entre as pessoas que lá atuam, especialmente, criando um ambiente positivo, de amizade, sem disputas e valorizando toda e qualquer iniciativa individual de compartilhamento de conhecimento. A esse respeito, o médico A afirma que,

[...] em geral, há um bom relacionamento do grupo da unidade, mas seria melhor estreitar a relação com a enfermagem. As mudanças de procedimentos devem ser exigidas gradualmente, com conversas, pois sempre há resistências, principalmente na relação entre técnicos e a enfermagem, que possuem uma equipe numerosa. Entre os médicos é mais acessível [...].

A fala anterior comprova a necessidade de se estreitarem os laços entre os grupos que coexistem na Unidade, revelando certa dificuldade de comunicação entre técnicos e enfermagem. Entre estes últimos, orientado por Pinto (2002) e Maximiano (2011), indica-se a criação de um canal de comunicação simples e rápido, como um quadro de recados, onde poderiam expor suas demandas e ideias.

Finalmente, vale trazer, aqui, a mensagem deixada pela Enfermeira C, para a qual “cada profissional tem o seu lado melhor, se todos somarem seus lados melhores fica um trabalho melhor”. A Enfermeira sublinha o impacto que teria a incorporação de uma cultura voltada ao compartilhamento do conhecimento na Unidade de Internação Neonatal do HU/UFSC, fazendo com que o processo fizesse parte do modelo mental de cada um dos seus integrantes e das práticas diárias do setor, tal como sugerem Alcará et al., (2009). *A priori*, para torná-la um assunto diário, há que se implantar um conjunto de normas a esse respeito que, com o passar do tempo, definirá o padrão de comportamento de quem já está lá e, também, de novos servidores. Esta ação pode ajudar, também, os efeitos negativos da descontinuidade das chefias, comentada anteriormente.

5 CONCLUSÃO

A presente pesquisa tinha como objetivo geral **analisar fatores que influenciam o compartilhamento do conhecimento na** Unidade de Internação Neonatal do HU/UFSC. Após desenvolvê-la, considera-se que o citado objetivo foi atingido, uma vez que, por meio da coleta de dados realizada com profissionais desta Unidade, foi possível descrever a sua realidade, seja referente à atuação dos profissionais que lá atuam, como, também, no que tange aos mecanismos que são usados por eles para compartilhar conhecimento e, ainda, sobre os facilitadores e barreiras que existem para a realização do processo. Por fim, foram propostas ações com vistas a apoiar o gestor no aperfeiçoamento do compartilhamento do conhecimento na Unidade.

Dessa forma, ao se perseguir o primeiro objetivo específico (Descrever a atuação dos profissionais que atuam na Unidade Neonatal do HU/UFSC), verificou-se que os entrevistados, todos do gênero feminino, apresentam diferenças significativas tanto em termos de idade quanto em relação ao tempo de serviço no setor em foco. Em média, o grupo de médicas tem maior tempo de serviço do que as enfermeiras e técnicas de enfermagem, indicando haver maior nível de especialização das primeiras. É muito provável que este seja um fator preponderante na definição de uma participação mais tímida por parte da classe médica no processo de compartilhamento do conhecimento, que maior autonomia nas decisões que tomam. Concomitantemente, é certo que a larga experiência que apresentam estes profissionais, se compartilhada, pode contribuir imensamente na formação de novos profissionais, papel fundamental do Hospital Universitário da UFSC. Afinal, a especialidade neonatal tem as suas particularidades, exigindo um trabalho interdisciplinar entre muitas áreas de conhecimento, sejam médicos, enfermeiros, fonoaudiólogos, nutricionistas, psicólogos e assistentes sociais, por exemplo.

Mais precisamente, quanto às atividades que desempenham, a pesquisa mostrou que, aos médicos, cabe exclusivamente o cuidado com o paciente. Já, o corpo de enfermeiros e técnicos acumula atividades técnicas de enfermagem e, ainda, de gerenciamento da unidade, lembrando-se da responsabilidade que tem em manter contato com os familiares dos pacientes internados. O estudo revelou que os médicos

também conversam com os pais, muito embora o fato aconteça com menor frequência, se comparado com o que fazem os enfermeiros a este respeito. Tem-se, aí, um atributo dos serviços hospitalares realizados com recém-nascidos que, por ainda não se comunicarem oralmente, exigem participação ativa dos pais no seu tratamento.

No âmbito da gestão, é atribuição dos médicos somente a coordenação dos alunos e residentes. Deduz-se daí, que, para os enfermeiros interessam igualmente compartilhar conhecimentos relativos à Administração e à área da saúde.

Por fim, cabe ressaltar que os profissionais da Unidade Neonatal reconhecem o importante papel que tem o compartilhamento do conhecimento ao possibilitar que todos os interessados no cuidado interdisciplinar do paciente recém-nascido saibam sobre o seu estado, em necessariamente ter que manuseá-lo, o que deve ser evitado, ao máximo, pela fragilidade que lhe é característica. Porém, como restrição, a pesquisa mostrou que a comunicação nos três sentidos (para baixo, para cima e para os lados) não está garantida, sendo que o compartilhamento aconteceu de forma mais intensa entre profissionais de um mesmo grupo.

A busca do segundo objetivo específico (Caracterizar mecanismos usados para compartilhar conhecimento na Unidade de Internação Neonatal do HU/UFSC) conduziu à constatação de que o conhecimento explícito é o preferido, entre os profissionais da Unidade, nos processos de compartilhamento, fenômeno classificado como natural pela própria literatura especializada, em decorrência da complexidade típica do conhecimento tácito. Apesar disso, os pesquisados, de modo geral, atribuem particular valor ao conhecimento tácito, especialmente quando aparece um caso diferente, para o qual não possuem uma solução pronta.

Chama a atenção, ainda, a postura do corpo de enfermagem quanto a este assunto, pois, para tais profissionais, é incontestável a satisfação que tem em compartilhar suas experiências com colegas. Inclusive, estas participam de um evento denominado Semana da Enfermagem que facilita esta interação.

Os médicos, em contrapartida, priorizam outros mecanismos de compartilhamento, que ocorre, na sua maioria, durante o horário de trabalho. Entre os eles, estão o uso de manuais e de literatura especializada, a manipulação de bases de dados de periódicos e a manutenção de um caderno, onde ficam registradas as pendências. Por fim, verificou-se que os entrevistados desconheciam mecanismos como o *storytelling* e o Dia das Melhores Práticas.

O terceiro objetivo específico (Identificar facilitadores e barreiras para o compartilhamento do conhecimento na Unidade de Interação Neonatal do HU/UFSC) trouxe à tona como facilitadores o uso de uma linguagem técnica e de uma visão comum. Apesar disso, a pesquisa revelou, igualmente, a dificuldade que os pais tem em compreender o que dizem os profissionais da saúde a respeito do tratamento dos seus recém-nascidos.

Para as médicas, o comprometimento e o respeito mútuo presentes na Unidade são favoráveis ao compartilhamento do conhecimento. Contudo, na opinião de alguns profissionais, como a Enfermeira B e a Técnica de Enfermagem B, esta não é uma realidade no setor. Mesmo assim, é consenso entre todos o importante papel que tais fatores apresentam ao processo, assim como a existência de motivação e de confiança para compartilhar. No que tange ao apoio e incentivo oferecidos pela gestão para que aconteça o referido compartilhamento, identifica-se certa irregularidade, posto que, segundo as entrevistas, esse aspecto muda com a mudança dos gestores.

Finalmente, no quarto, e último, objetivo específico (Propor ações para o aperfeiçoamento do compartilhamento do conhecimento na Unidade de Interação Neonatal do HU/UFSC), o esforço foi no sentido de conceder aos gestores alternativas para otimizar aquilo que já se faz na Unidade em termos de compartilhamento do conhecimento, além de incluir outras que ainda não se realiza lá.

Para isso, segundo a classe médica, a solução primordial é estimular a prática de compartilhar. Nesta dimensão, não é possível se fazerem críticas, nem tampouco haver uma postura autoritária por parte da gestão. Para a equipe de enfermagem, porém, cabe buscar o estreitamento entre os profissionais, o que promoveria maior nível de confiança entre eles, facilitando, consequentemente, o processo de compartilhamento.

Em linhas gerais, uma solução integrada passa pela conscientização das partes a respeito da importância em compartilhar conhecimento e pela introdução de formas de compensação aos que tiverem iniciativas desse porte. Outra solução necessária é ampliar o tempo disponível para interagir e compartilhar conhecimento, pois, de acordo com os relatos, como a carga de trabalho atualmente é muito grande, não sobra tempo para isso. Fechando o ciclo, há que definirem meios adequados para se partilhar tanto o conhecimento tácito quanto o explícito, inclusive com o apoio das TIC's, como, por meio do uso de repositórios de conhecimento - mecanismos que garantem a permanência do conhecimento na Unidade, independentemente de quem

o criou. Assinala-se, também, como sugestão, a produção de material informativo, como folders, para ajudar os pais dos pacientes a compreenderem melhor o tratamento a que seus filhos estão sendo submetidos.

Por conseguinte, a realização do presente estudo mostrou que o recurso mais efetivo para se aperfeiçoar o compartilhamento do conhecimento na Unidade de Internação Neonatal do HU/UFSC é a implantação de uma cultura própria. Esta pode ser iniciada a partir da aplicação de um conjunto de normas que determinem como, quem e onde ocorrerá o compartilhamento e que, com o tempo, fará parte do modelo mental e da rotina dos membros da Unidade.

Como sugestões para futuras pesquisas, indica-se, *a priori*, a realização de um estudo similar em outras unidades do HU/UFSC, buscando-se fazer um comparativo entre elas.

Ainda, como a unidade-mãe é um hospital-escola, seria interessante pesquisar especificamente a respeito do compartilhamento do conhecimento entre HU/UFSC e comunidade acadêmica da UFSC, a partir da coleta de dados junto a servidores do HU e, especialmente, junto a docentes e discentes que integram os departamentos do Centro de Ciências da Saúde (CCS/UFSC).

Em uma perspectiva mais ampla, compreende-se fundamental a elaboração de uma investigação sobre as práticas de gestão do conhecimento adotadas na Unidade de Internação Neonatal do HU/UFSC, como igualmente nas demais unidades do citado Hospital. E, em um cenário mais restrito, a influência da cultura organizacional sobre o próprio processo de compartilhamento do conhecimento e, na sequência, a influência da liderança neste contexto.

REFERÊNCIAS

ABID, Syed Sibte Raza. Healthcare knowledge sharing: purpose, practices, and prospects. In: BALI, Rajev; DWIVEDI, Ashish. **Healthcare knowledge management: issues, advances, and successes.** New York (USA): Springer New York, 2007. Disponível em: <http://link.springer.com/chapter/10.1007%2F978-0-387-49009-0_6#page-1>. Acesso em: 12 mar. 2014.

ABREU, Oliveira, Gabriela de. **A compatibilidade dos princípios e modelo de Estado que subjazem ao SUS e a EBSEH (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares).** 2014. 153 fls. Dissertação (Mestrado em Administração) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Faculdade de Filosofia, Programa de Pós Graduação em Ciências Sociais, Porto Alegre, 2014. Disponível em: <<http://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/5849/1/000457991-Texto%2bCompleto-0.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2015.

ALCARÁ, Adriana Rosecler *et al.* Fatores que influenciam o compartilhamento da informação e do conhecimento. **Perspect. Ciênc. Inf.** Belo Horizonte, v.14, n.1, jan./abr. 2009. Doi: 10.1590/S1413-99362009000100012.

ALMEIDA, Mário de Souza; FREITAS, Cláudia Regina; SOUZA, Irineu Manoel de. **Gestão do conhecimento para tomada de decisão.** São Paulo: Atlas, 2011.

ALMEIDA, Vanessa M. de; DUTRA, Luís Eduardo D. Implantação da gestão do conhecimento com o uso de GED: um estudo de caso ANP. In: RODRIGUEZ Y RODRIGUEZ, Martius V.(Org.). **Gestão do Conhecimento e inovação nas empresas.** Rio de Janeiro: Qualitymark, 2010.

ANDREASIAN, Gelena; ANDREASIAN, Milana. **Knowledge sharing and, knowledge transfer barriers: a case study.** Dissertação de Mestrado (School of Computer Science, Physics and Mathematics)-Linnaeus University, Kalmar, Suécia, 2013. Disponível em:

<<http://lnu.diva-portal.org/smash/get/diva2:639925/FULLTEXT01.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2014.

BARTOL, Kathryn; SRIVASTAVA, Abhishek. Encouraging knowledge sharing: the role of organizational reward systems. **Journal of Leadership & Organizational Studies**, v. 9, n. 1, p. 64-76, 2002. Disponível em: <<http://www.highbeam.com/doc/1G1-94448106.html>>. Acesso em: 15 mar. 2014.

BHIRUD, Sachin; RODRIGUES, Lewlyn; DESAI, Pradeep Knowledge Sharing Practices in Km: a case study in Indian software subsidiary. **Journal of Knowledge Management Practice**, [7t.], December 2005. Disponível em: <<http://www.tlainc.com/articl103.htm>>. Acesso em: 12 mar. 2014.

BONACIM, Carlos Alberto Grespan; ARAUJO, Adriana Maria Procópio de. Valor econômico agregado por hospitais universitários públicos. **Revista de Administração de Empresas - RAE**. [online]. v. 49, n. 4, p. 419-33, 2009.

BRASIL. Lei N° 4.769, de 09 de setembro 1965. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/14769.htm>. Acesso em: 30 dez. 2013.

_____. Decreto n° 73.264, de 6 de Dezembro de 1973. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1970-1979/decreto-73264-6-dezembro-1973-422069-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 16 dez. 2013.

_____. Lei N° 7.321, de 13 de junho de 1985. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7321.htm>. Acesso em: 30 dez. 2013.

_____. Lei n° 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área da Saúde da Criança. Atenção Humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru. **Manual técnico**, Brasília (DF): MS; 2011.

Disponível em:

<<http://www.redeblh.fiocruz.br/media/manualcanguru.pdf>>. Acesso em: 9 mar. 2014.

BRUSAMOLIN, Valério. Narrativas de Histórias na Aprendizagem Organizacional. In: **Anais... IX ENANCIB**. São Paulo: USP, 2008.

Disponível em:

<<http://enancib.ibict.br/index.php/enancib/ixenancib/paper/viewFile/305/5/2181>>. Acesso em 14 jun. 2014.

CARQUEJA, Hernâni. Apontamento sobre a contabilidade em Portugal entre 1900 e 1950. **Revista Española de Historia de la Contabilidad**, n. 14, p. 3-49, jun. 2011. Disponível em:

<http://www.decomputis.org/dc/articulos_doctrinales/carqueja14.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2014.

CHERUBIN, Niversindo Antonio; Santos, Naírio Augusto dos.

Administração Hospitalar Fundamentos. 4.ed. São Paulo : Loyola, 2013.

CHERUBIN, Niversindo Antonio. **Rotinas hospitalares**. São Paulo: Sociedade Beneficente São Camilo, 1977. 471 p.

_____. Profissionalização: o futuro do administrador hospitalar.

Mundo Saúde. São Paulo, v.19, n.5, p.167-73, 1995.

_____. Profissionalização: o futuro do administrador hospitalar (Parte II). **Mundo Saúde**. São Paulo, v.19, n.6, p.199-203, 1995.

_____. Programa de revitalização administrativa do hospital. **Hospital (São Paulo)**. São Paulo, v.16, n.4, p.148-54, 1992.

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem. Resolução Cofen No. 0458/2014. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04582014_25656.html>. Acesso em: 12 mar. 2015.

COLOMBO, Sonia Simões. A gestão de pessoas nas instituições de ensino. In: COLOMBO, Sonia Simões; CARDIM, Paulo A. Gomes.

Nos bastidores da educação brasileira. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 169-84.

CONSUMO SUSTENTÁVEL: **Manual de educação**. Brasília: Consumers International/ MMA/ MEC/IDEC, 2005. 160 p. Disponível em: <http://www.mma.gov.br/estruturas/educamb/_arquivos/consumo_sustentavel.pdf>. Acesso em: 3 mar. 2014.

CRUZ JÚNIOR, João Benjamin da. Organização e administração de entidades públicas: aspectos políticos, econômicos e sociais de um paradigma emergente. **Revista de Administração Pública**. Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 3-21, 1988.

_____. (Org). **Repensando as organizações**: da formatação à participação. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2004.

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

DINIZ, Késsya Dantas. **Atuação de técnicos de enfermagem junto ao recém-nascido com dor em uma unidade de terapia intensiva neonatal**. Dissertação de Mestrado (Mestrado em Enfermagem)- Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2008. Disponível em: <<ftp://ftp.ufrn.br/pub/biblioteca/ext/bdtd/KessyaDD.pdf>>. Acesso em: 8 mar. 2014.

DIXON, Nancy. **Common knowledge**: how companies drive by sharing what they know. Boston (USA): Harvard Business School Press, 2000. Disponível em: <<http://www.amazon.com/Common-Knowledge-Companies-Thrive-Sharing/dp/0875849040>>. Acesso em: 8 mar. 2014.

FIRMO, Maria de Fátima C. **A gestão de pessoas como instrumento de celeridade, eficiência e eficácia da prestação jurisdicional**. Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <http://www.tjrj.jus.br/c/document_library/get_file?Uuid=0b0b2148-8e4c-4907-b0c9-63a2f65ca94e&groupid=10136>. Acesso em: 15 dez. 2013.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

GONÇALVES, Ernesto Lima. Estrutura organizacional do hospital moderno. **Revista de Administração de Empresas - RAE**. São Paulo, v. 38, n. 1, p. 80-90, jan./mar. 1998.

GUIMARÃES, Ana Luisa Afonso; MARTINS, Vidigal Fernandes. Hospitais universitários federais e a Empresa Brasileira De Serviços Hospitalares: As possíveis alterações e consequências nas estruturas organizacionais dos Hospitais Universitários Federais Brasileiros. **E-Locação - Revista Científica da FAEX**, n. 7, Ano 4, 2015. Disponível em: <<http://www.faex.edu.br/periodicos/index.php/e-locacao/article/view/69>>. Acesso em: 16 jun. 2015.

HENDRIKS, Paul H. J. Assessing the role of culture in knowledge sharing. In: **Proceedings of Fifth European Conference in Organization**, Knowledge, Learning and Capabilities, Innsbruck. 2004. Disponível em: <http://www2.warwick.ac.uk/fac/soc/wbs/conf/olkc/archive/oklc5/papers/d-3_hendriks.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2014.

HOSPITAL VITA. **O papel do enfermeiro hospitalar, uma nobre missão**, 2012. Disponível em: <<http://www.grupovita.com.br/blog/2012/05/14/o-papel-do-enfermeiro-hospitalar-uma-nobre-missao/>>. Acesso em: 17 maio 2014.

HUMANIZASUS. **Rede de colaboração para a humanização da gestão e da atenção no SUS**, 2014. Disponível em: <<http://www.redehumanizasus.net/4-a-rede-humaniza-sus>>. Acesso em: 06 jun. 2014.

IPE, Menu. Knowledge sharing in organizations: a conceptual framework. **Human Resource Development Review**. v. 2, n. 4, p. 337-59, Dez. 2003. Disponível em: <http://www.researchgate.net/publication/249674675_Knowledge_Sharing_in_Organizations_A_Conceptual_Framework>. Acesso em: 17 maio 2014.

JACOBSEN, Alessandra de Linhares; CRUZ JUNIOR, João Benjamim; MORETTO NETO, Luiz. **Administração: Introdução e teorias**. Florianópolis: SEAd/UFSC, 2006. 216p.

MADALOSSO, Patrício. Refletindo sobre a qualidade do cuidado de

enfermagem: uma proposta assistencial transformadora. **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 9, n. 2 (pt. 2), p. 562-76, mai./ago. 2000.

MATOS, Gislayne. **Narrativas**: storytelling. Disponível em: <<http://www.gislaynematos.com.br/narrativas/storytelling.htm>>. Acesso em: 4 maio 2014.

MATSUDA, Laura Misue *et al.* Anotações/registros de enfermagem: instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado? **Revista Eletrônica de Enfermagem** [online]. v. 8, n.3, 2006. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a12.htm>. Acesso em: 10 Jun. 2014.

MAXIMIANO, Antonio Cesar Amaru. **Introdução à administração**. São Paulo: Atlas, 2011.

MEDEIROS, Aline da Silva. Análise da dinâmica hospitalar da Maternidade Dr. João Moreira, em Fortaleza, nas primeiras décadas do século XX. **Revista História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, july./sept. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-597020130003000012>>. Acesso em: 15 dez. 2013.

MONTANHOLI, Liciani L.; MERIGHI, Aparecida B.; JESUS, Maria Cristina P. de. Atuação da enfermeira na unidade de terapia intensiva neonatal: entre o ideal, o real e o possível. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 19, n. 2, mar./abr. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_11.pdf>. Acesso em: 7 mar. 2014.

MORGAN, Gareth. **Imagens da organização**. São Paulo: Atlas, 1996.

MOTTA, Paulo Roberto. A proposta de participação na teoria gerencial: a participação indireta. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 54-70, jul./set. 1981. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/viewFile/11595/10535>>. Acesso em: 05 fev.2014.

NASCIMENTO, Simone Martins. **As funções gerenciais do enfermeiro no cotidiano da assistência hospitalar**. Dissertação

(Mestrado em Enfermagem)– Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, UNIRIO. Rio de Janeiro, RJ. 2012. 91p.

NEOFAX. **A manual of drugs used in neonatal care**. Montvale, NJ: Acorn Publishing, Thomson Reuters, 2010.

NEVES, Maria Patrão. Alocação de recursos em saúde: considerações éticas. **Revista Bioética**, Brasília, v. 7, n. 2, p. 1-5, 2009.

NONAKA, Ikujiro; TAKEUCHI, Hirotaka. **Criação de conhecimento na empresa**: como as empresas japonesas geram a dinâmica da inovação. Rio de Janeiro: Campus, 1998.

_____. **Gestão do conhecimento**. Porto Alegre: Bookman, 2008.

NUNES, Flaviana G. **O econômico na Geografia**: influências do pensamento econômico na produção geográfica (1970-2001). 2004. Tese (Doutorado em Geografia)- Programa de Pós-Graduação em Geografia, Faculdade de Ciências e Tecnologia da UNESP, Presidente Prudente (SP), 2004. Disponível em: <http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/2010/artigos_teses/GEOGRAFIA/Teses/tese_economia.pdf>. Acesso em: 8 mar. 2014.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **BIREME-OPAS-OMS**. Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. Área de gestão do conhecimento e comunicações. Disponível em: <<http://www.who.int/eportuguese/publications/pt/>>. Acesso em: 25 maio 2013.

OLIVEIRA, Bruno; NASCIMENTO, Giuliana; FRANCO Victor. A motivação no ambiente de trabalho das IES: estudo de caso na Universidade Federal de Roraima-UFRR. **Revista de Administração de Roraima**. Universidade Federal de Roraima – UFRR. Disponível em: <<file:///C:/Users/Ale/Downloads/584-1983-1-PB.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2013.

PERROTTI, Eduardo. A estrutura organizacional como elemento facilitador da gestão do conhecimento In: SEMINÁRIOS EM ADMINISTRAÇÃO FEA-USP, VII, São Paulo, 2004. **Anais ...** São Paulo: SEMEAD, 2004. Disponível em: <<http://www.ead.fea.usp.br/Semead/7semead/paginas/artigos%20recebi>>

dos/Conhecimento/GC01_-_A_estrutura_organizacional.PDF>. Acesso em: 30 jan. 2015.

PICCHIAI, Djair. Parâmetros e indicadores de dimensionamento de pessoas em hospitais. **GV-Pesquisa**. EAESP/FGV. Escola de Administração de Empresas - Fundação Getúlio Vargas. São Paulo, SP, 2009. 267p.

PINTO, Ricardo Lopes. **Evolução da estrutura organizacional ao longo do ciclo de vida do projeto**: um estudo de caso. 2002. 172 p. Dissertação (Mestrado em Administração)- Programa de Pós-Graduação em Administração, Universidade de São Paulo, FEA/USP, São Paulo, 2002. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/12/12139/tde-27012003-010251/pt-br.php>>. Acesso em: 30 jan. 2015.

RAMOS, Alberto Guerreiro. **A nova ciência das organizações**: uma reconceituação da riqueza das nações. 2. ed. Rio de Janeiro (RJ): Fundação Getúlio Vargas, 1989. 209p.

RIBEIRO, Augusta Barbosa de Carvalho Ribeiro. **Administração de pessoal nos hospitais**. São Paulo (SP): USP, 1970. 702p.

RYS, Marcin. **The effect of rewards on the attitude towards knowledge sharing in organizations**. 2007. (Master Infonomics)- Universiteit Maastricht. Faculty of Economics and Business Administration. Disponível em: <<http://arno.unimaas.nl/show.cgi?fid=12206>>. Acesso em: 11 mar. 2014.

RODRIGUEZ Y RODRIGUEZ, Martius V. Introdução: cogeração do conhecimento. In: _____. (Org.). **Gestão do conhecimento e inovação nas empresas**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2010.

ROESCH, Sylvia Maria A. **Projetos de estágio e de pesquisa em administração**. São Paulo: Atlas, 2009.

SANTIAGO JÚNIOR, José Renato Sátiro. **O desenvolvimento de uma metodologia para gestão do conhecimento em uma empresa da construção civil**. 2002. 127 p. Dissertação (Mestrado)- Escola Politécnica da Universidade de São Paulo. Departamento de Engenharia

de Produção, São Paulo, 2002. Disponível em:
<<http://www.jrsantiago.com.br/pdf/disserta.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2015.

SANTOS, José Luis G. dos et al. Concepções de comunicação na gerência de enfermagem hospitalar entre enfermeiros gerentes de um hospital universitário. **Rev. Esc. Enferm. USP**. São Paulo, v. 45, n. 4, p. 959-65, ago. 2011. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342011000400024&script=sci_arttext>. Acesso em: 15 mar. 2014.

SANTOS, Neilton S. **Componentes e atributos que configuram a qualidade na relação médico-paciente**. 2004. 123f. Tese (Doutorado)-Programa de Pós Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004. Disponível em:
<http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/componentes_configuram_qualidade_medico_paciente.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2015

SCARBOROUGH, Harry et al. **Knowledge management: a literature review**. London: Institute of Personnel Development, 1999. Disponível em: <<http://www.esrc.ac.uk/my-esrc/grants/L323253034/outputs/Read/5a062d4f-99da-47d5-94c0-c78962233d16>>. Acesso em: 11 mar. 2014.

SCHLESINGER, Cristina Costa Barros et al. **Gestão do conhecimento na administração pública**. Curitiba: IMAP, 2008. Disponível em:
<http://www.gestaoebt.com.br/blog/wp-content/files_mf/gestao_conhecimento_adm_publica_ufpr_etpr.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2015.

SILVA, Andréa L. G. da; WEIGEL, Andria. Equipe multidisciplinar e o papel do fisioterapeuta no hospital. **Revista do Crefito-5.**, p. 7-8, 2014. Disponível em: <<http://www.crefito5.org.br/wp-content/uploads/2010/06/setembro2005.pdf>>. Acesso em: 6 mar. 2014.

SILVA, Elizângela Samara da et al. Novos modelos de gestão da saúde pública no Brasil: a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares em debate. In: JORNADA INTERNACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA, VI; São Luiz, de 20 a 23 de agosto de 2013, **Anais...** São Luiz, 2013. Disponível em:
<<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2013/JornadaEixo2013/anai>

s-eixo8-

direitosepoliticaspublicas/novosmodelosdegestaodasaudepublicanobrasil.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2015.

SILVA, Ulysses Maria P. A promoção e a gestão em saúde direcionadas a saúde do Homem. **Revista Universo da Enfermagem**, v. 2, n. 1, p. 20-35, jan./jun. 2013. Disponível em: <http://novavenecia.multivix.edu.br/wp-content/uploads/2013/05/universo_enf_03.pdf>. Acesso em: 3 mar. 2014.

SODRÉ, Francis et al. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: um novo modelo de gestão? **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 114, p. 365-80, abr./jun. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ssoc/n114/n114a09.pdf>>. Acesso em: 3 abr. 2015.

SVEIBY, Karl Erik. **A Nova riqueza das organizações**: gerando e avaliando patrimônios de conhecimento. Rio de Janeiro: Campus, 1998.

TACHIZAWA, T. **Gestão ambiental e responsabilidade social corporativa**: estratégias de negócios focadas na realidade brasileira. São Paulo: Atlas, 2004.

TERRA, José Cláudio Cyrineu. **Gestão do conhecimento**: o grande desafio empresarial. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

_____. Reflexões sobre a evolução da gestão do conhecimento no Brasil. **Produto & Produção**, v. 8, n. 2, p. 5-9, jun. 2005.

UFSC - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Florianópolis, 2014. Disponível em: <http://www.hu.ufsc.br/portal_novo/?page_id=13>. Acesso em: 25 abr. 2014.

USP – UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, Faculdade de Odontologia de Bauru. **Serviço de documentação e divulgação**: qual a diferença entre Medline® e Pubmed®? São Paulo: USP, 2010. Disponível em: <<https://sddinforma.wordpress.com/2010/09/14/qual-a-diferenca-entre-medline%C2%AE-e-pubmed%C2%AE/>>. Acesso em: 15 mar. 2015.

VERGARA, Sylvia Constant. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 14. ed. São Paulo (SP): Atlas, 2013. 94p.

VILAS BOAS, Ana Karina Militão. **Desafios e estratégias para a gestão de hospitais universitários contemplados na literatura dos últimos 20 anos**. 2015. 43f. Dissertação (Mestrado Profissional em Administração Pública)- Universidade Federal de Lavras, Lavras, 2015. Disponível em:

<http://repositorio.ufla.br/bitstream/1/10301/1/DISSERTACAO_Desafios%20e%20estrat%C3%A9gias%20para%20a%20gest%C3%A3o%20e%20hospitais%20universit%C3%A1rios%20contemplados%20na%20literatura%20dos%20C3%BAltimos%2020Anos.pdf>. Acesso em 18 mar. 2015.

VIGNOLI NETO, Orlando. A flexibilização do regime jurídico de direito público na prestação de serviços públicos: estudo sobre a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). **Revista do CAAP**, Belo Horizonte, v. XIX, n. 1, p. 111-30, 2013. Disponível em: <<http://www2.direito.ufmg.br/revistadoacaap/index.php/revista/article/view/338>>. Acesso em: 10 abr. 2015.

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Porto Alegre: Bookman, 2010.

ZAWAWI, Azlyn Ahmad et al. The study of barrier factors in knowledge sharing: a case study in public university. **Management Science and Engineering**. v. 5, n. 2011, p. 59-70, Mar. 2011. Disponível em: <<file:///C:/Users/Osmar/Downloads/1370-1410-1-PB.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE A -Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado(a) participante:

Sou estudante de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Administração Universitária da Universidade Federal de Santa Catarina. Estou realizando uma pesquisa sob supervisão do(a) professor(a) _____, cujo objetivo é _____.

Sua participação envolve responder a pergunta do roteiro de entrevista sobre compartilhamento do conhecimento na Unidade de Internação Neonatal do HU/UFSC.

Sua participação nesse estudo é voluntária e se você decidir não participar ou quiser desistir de continuar em qualquer momento, tem absoluta liberdade de fazê-lo.

Na publicação dos resultados desta pesquisa, sua identidade será mantida no mais rigoroso sigilo. Serão omitidas todas as informações que permitam identificá-lo(a).

Mesmo não tendo benefícios diretos em participar, indiretamente você estará contribuindo para a compreensão do fenômeno estudado e para a produção de conhecimento científico.

Quaisquer dúvidas relativas à pesquisa poderão ser esclarecidas pelo(s) pesquisador(es) fone _____ ou pela entidade responsável – PPGAU, fone (48) 37216525.

Atenciosamente

Nome e assinatura do(a) estudante
Matrícula:

Local e data

Nome e assinatura do(a) professor(a) supervisor(a)/orientador(a)
Matrícula:

Consinto em participar deste estudo e declaro ter recebido uma cópia deste termo de consentimento.

Nome e assinatura do participante

Local e data

APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista

Parte 1 - Sobre a atuação do profissional de enfermagem na Unidade de Internação Neonatal do HU/UFSC:

- 1) Qual é o seu perfil, sobre: profissão, idade, tempo de serviço na Unidade Neonatal do HU/UFSC?
- 2) Quais são as atividades que você costuma desenvolver aqui na Unidade Neonatal do HU/UFSC? E, sobre os aspectos relativos ao gerenciamento da equipe de enfermagem (escalas de trabalho e padronização da assistência de enfermagem)?
- 3) Como se caracteriza o contato que atuam na Unidade Neonatal do HU/UFSC?
- 4) A quem você está subordinado?
- 5) Quando você tem dúvidas, a quem recorre? Você deve prestar contas a quem?

Parte 2 - Sobre mecanismos (formas e meios) usados para compartilhar conhecimento na Unidade de Internação Neonatal do HU/UFSC:

- 6) Qual o tipo de conhecimento que você mais usa no dia-a-dia (tácito, explícito)?
- 7) Quais são os meios/tecnologias/mecanismos diretos mais frequentemente usados para compartilhamento do conhecimento? Quais são os propósitos desta comunicação direta?

Parte 3 - Sobre facilitadores e barreiras para o compartilhamento do conhecimento na enfermagem neonatal do HU/UFSC:

- 8) Em relação ao compartilhamento do conhecimento relativo ao dia-a-dia da Unidade Neonatal (HU/UFSC), quais barreiras (dificuldades, obstáculos) você identifica?
- 9) Em relação ao compartilhamento do conhecimento relativo ao dia-a-dia da Unidade Neonatal (HU/UFSC), quais barreiras (dificuldades, obstáculos) você identifica?

Parte 4 – Sobre possíveis ações para aperfeiçoar o compartilhamento do conhecimento na Unidade de Internação Neonatal do HU/UFSC:

- 10) Em relação à resposta dada à questão anterior, comente sobre as soluções que você (ou o HU/UFSC) oferece para enfrentar as barreiras existentes para o compartilhamento do conhecimento na Unidade Neonatal?
- 11) Você gostaria de acrescentar algo?