

GESTÃO DO CONHECIMENTO PARA O DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL EM SAÚDE

KNOWLEDGE MANAGEMENT FOR INSTITUTIONAL DEVELOPMENT IN HEALTHCARE

Kelberthy Kayo da Silva Balieiro

Mestrando em Gestão do Conhecimento para o Desenvolvimento Socioambiental.
Universidade da Amazônia (UNAMA) - Brasil.
enf.kayobalieiro94@gmail.com

Tatiane Torres de

Madeiro Doutora em Desenvolvimento e Meio
Ambiente Urbano. Universidade da Amazônia
(UNAMA) - Brasil.
tatianemadeiro@gmail.com

Reginaldo Gonçalves Rosa Filho

Mestrando em Gestão do Conhecimento para o Desenvolvimento Socioambiental.
Universidade da Amazônia (UNAMA) - Brasil.
reginaldofilho895@gmail.com

RESUMO

A gestão do conhecimento (GC) emerge como ferramenta estratégica para o desenvolvimento institucional em organizações de saúde, especialmente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), onde a complexidade e a capilaridade exigem coordenação, aprendizado contínuo e inovação. Este artigo tem por objetivo analisar como a GC contribui para o fortalecimento institucional em saúde, com base em autores de referência e em políticas públicas brasileiras. Utilizou-se metodologia de revisão narrativa da literatura e análise documental, contemplando obras de Davenport e Prusak (2019), Probst, Raub e Romhardt (2022), Terra (2020), Batista (2020) e estudos recentes sobre saúde digital e gestão hospitalar. A análise da literatura indica que a GC pode viabilizar a transformação de dados e informações em conhecimento aplicável, promovendo memória institucional, redução da variabilidade assistencial e tomada de decisão baseada em evidências. Conclui-se que o desenvolvimento institucional em saúde tende a requerer políticas deliberadas de criação, compartilhamento e retenção do conhecimento, aliadas à liderança comprometida e à cultura organizacional colaborativa.

PALAVRAS-CHAVE: Gestão do Conhecimento, Desenvolvimento Institucional, Sistema Único de Saúde, Aprendizagem Organizacional, Inovação em Saúde.

ABSTRACT

Knowledge management (KM) emerges as a strategic tool for institutional development in healthcare organizations, especially within the Brazilian Unified Health System (SUS), where complexity and capillarity demand coordination, continuous learning, and innovation. This article aims to analyze how KM contributes to institutional strengthening in healthcare, based on reference authors and Brazilian public policies. A narrative literature review and document analysis methodology was used, encompassing works by Davenport & Prusak (2019), Probst, Raub & Romhardt (2022), Terra (2020), Batista (2020), as well as documents from the Ministry of Health (2019) and recent studies on digital health and hospital management. The literature analysis indicates that KM can enable the transformation of data and information into applicable knowledge, promoting institutional memory, reducing care variability, and enabling evidence-based decision-making. It is concluded that institutional development in healthcare to require deliberate policies for the creation, sharing, and retention of knowledge, coupled with committed leadership and a collaborative organizational culture.

KEYWORDS: Knowledge Management, Institutional Development, Unified Health System, Organizational Learning, Innovation in Health.

1. INTRODUÇÃO

Nas últimas duas décadas, o setor da saúde tem vivenciado transformações profundas impulsionadas pela aceleração tecnológica, pelo envelhecimento populacional, pela cronicidade das doenças e pela crescente demanda por eficiência e qualidade. Nesse cenário, a gestão do conhecimento (GC) deixou de ser um tema restrito ao ambiente corporativo para se tornar um eixo estruturante do desenvolvimento institucional em organizações públicas e privadas de saúde. No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo enfrenta desafios recorrentes como fragmentação da atenção, desperdício de recursos, rotatividade de profissionais e perda de saberes institucionais.

A questão central que orienta este artigo é: de que maneira a gestão do conhecimento pode impulsionar o desenvolvimento institucional em organizações de saúde, particularmente no SUS? O desenvolvimento institucional, aqui compreendido como a capacidade da organização de aprender, adaptar-se, inovar e sustentar seu desempenho ao longo do tempo, depende intrinsecamente de como o conhecimento é criado, armazenado, compartilhado e aplicado.

Davenport e Prusak (2019, p. 6) definem conhecimento como “uma mistura fluida de experiência condensada, valores, informação contextual e insight experimentado, que fornece uma estrutura para avaliar e incorporar novas experiências”. Essa definição é particularmente relevante para a saúde, onde o conhecimento tácito dos profissionais acumulado em anos de prática frequentemente não é sistematizado, correndo o risco de se perder com aposentadorias

ou desligamentos.

O presente artigo está estruturado em cinco seções, incluindo esta introdução. Na sequência, apresenta-se o referencial teórico, que aborda conceitos fundamentais de GC, modelos de implantação, particularidades da saúde pública e contribuições de autores como Probst, Raub e Romhardt (2022), Terra (2020), Batista (2020) e Araújo (2024), este último discutindo as transformações digitais no mundo do trabalho, com reflexos na gestão de pessoas em saúde. A terceira seção detalha os procedimentos metodológicos adotados. A quarta traz a análise e discussão dos resultados, integrando teoria e evidências empíricas. Por fim, as considerações finais sintetizam as principais contribuições e apontam recomendações para gestores e formuladores de políticas.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Conceitos e dimensões da gestão do conhecimento

A gestão do conhecimento é um campo multidisciplinar que congrega contribuições da administração, ciência da informação, psicologia organizacional e engenharia de sistemas. Para Probst, Raub e Romhardt (2022, p. 29), a GC envolve um conjunto de “processos sistemáticos de identificação, aquisição, desenvolvimento, compartilhamento, utilização e retenção do conhecimento”. Esses autores propõem um modelo de blocos construtivos que inclui: determinação de objetivos de conhecimento, identificação, aquisição, desenvolvimento, distribuição, utilização e retenção, além da mensuração do capital intelectual.

Terra (2020) amplia essa visão ao destacar que a GC não é meramente tecnológica, mas fundamentalmente cultural e comportamental. Segundo o autor, “organizações que conseguem aprender mais rapidamente que seus concorrentes e que sabem aplicar esse conhecimento de forma criativa detêm vantagem competitiva sustentável” (TERRA, 2020, p. 45). No ambiente hospitalar e nas secretarias de saúde, essa vantagem traduz-se em melhor desfecho clínico, menor tempo de espera e uso racional de insumos.

Davenport e Prusak (2019) introduzem a distinção crucial entre dados, informação e conhecimento. Dados são fatos brutos; informação é dados dotados de significado e contexto; conhecimento é informação combinada com experiência, reflexão e valores. No cotidiano de uma unidade de terapia intensiva (UTI), por exemplo, os sinais vitais de um paciente são dados; a interpretação desses sinais à luz de protocolos é informação; a decisão do médico de ajustar a sedação com base em sua experiência prévia com casos similares é conhecimento.

Sem GC, esse conhecimento permanece exclusivamente individual, não beneficiando a instituição.

2.2 Modelos de gestão do conhecimento no setor público

Fábio Ferreira Batista (2020), referência em GC na administração pública brasileira, propõe um modelo específico para organizações governamentais, com ênfase na geração de resultados para o cidadão. O autor argumenta que “a gestão do conhecimento no setor público não pode ser um fim em si mesma; deve estar alinhada às estratégias de governo e às políticas públicas, contribuindo para a eficiência, eficácia e transparência” (BATISTA, 2020, p. 72).

Seu modelo compreende quatro componentes principais: (a) liderança e governança da GC; (b) processos e práticas (comunidades de prática, lições aprendidas, banco de boas práticas); (c) pessoas e cultura (estímulo à colaboração e ao compartilhamento); (d) tecnologia da informação (portais, wikis, repositórios). Esse modelo foi adotado por diversos órgãos federais, incluindo o Ministério da Saúde.

Araújo (2024), embora seu foco recaia sobre a plataformização do trabalho e acidentes de trânsito com entregadores de aplicativos, oferece contribuições indiretas à GC na saúde ao discutir a efemeridade das relações de trabalho e a consequente perda de conhecimento tácito. Em ambientes de saúde com alta rotatividade de profissionais temporários ou terceirizados – fenômeno amplificado após 2020, a capacidade institucional de reter conhecimento crítico é seriamente comprometida. Araújo (2024, p. 113) observa que “a descontinuidade do vínculo trabalhista gera um apagamento sistemático das experiências acumuladas, exigindo mecanismos de registro e transferência de conhecimento mais robustos”.

2.3 Especificidades da gestão do conhecimento em organizações de saúde

Organizações de saúde apresentam particularidades que tornam a GC simultaneamente essencial e desafiadora. Santos et al. (2020), ao analisarem problemáticas da gestão hospitalar no SUS, destacam a coexistência de múltiplas lógicas institucionais: a lógica clínica (centrada no paciente), a lógica administrativa (focada em eficiência) e a lógica pública (compromisso com universalidade e equidade). Essas lógicas frequentemente geram tensões que dificultam o compartilhamento horizontal do conhecimento.

Além disso, a hierarquia médica tradicional, com forte assimetria de poder entre categorias profissionais, pode inibir a circulação de conhecimento. Probst, Raub e Romhardt (2022) alertam que “o conhecimento é poder em muitas organizações, e os indivíduos relutam

em compartilhá-lo se percebem ameaça à sua posição ou segurança” (p. 101). No ambiente hospitalar, enfermeiros e técnicos de enfermagem frequentemente possuem observações valiosas sobre a evolução do paciente que não são registradas ou consideradas nas decisões médicas.

Por outro lado, Terra (2020) ressalta que a saúde é um domínio intensivo em conhecimento por excelência: “cada diagnóstico, cada prescrição, cada procedimento cirúrgico é um ato de aplicação de conhecimento, e a variabilidade nos resultados é diretamente proporcional à variabilidade no conhecimento disponível e aplicado” (TERRA, 2020, p. 162). A padronização baseada em evidências, um dos objetivos centrais da GC, reduz a variabilidade indesejada e aumenta a segurança do paciente.

Estudos brasileiros dedicados especificamente à gestão do conhecimento no setor de saúde reforçam esse quadro e ajudam a situar a discussão além dos autores clássicos e generalistas da área. Borba e Kliemann Neto (2008) mapearam práticas de aprendizagem organizacional em hospitais brasileiros e constataram que sua adoção varia significativamente entre instituições, dependendo, sobretudo, do envolvimento da alta gestão. Cicone et al. (2015), em revisão sistemática sobre gestão do conhecimento em organizações de saúde, apontam que a produção científica brasileira sobre o tema permanece dispersa entre diferentes áreas do conhecimento, sem consolidação teórico-metodológica própria lacuna que reforça a relevância de estudos como o presente, ainda que de natureza narrativa e exploratória, e não de uma revisão sistemática ou de um estudo empírico original.

2.4 Política de gestão do conhecimento no SUS: diretrizes e desafios

Em 2019, o Ministério da Saúde lançou a “Política de Gestão do Conhecimento para o Sistema Único de Saúde (SUS)”, documento que estabelece diretrizes estratégicas para institucionalizar a GC em todas as esferas de gestão (BRASIL, 2019). Entre os objetivos declarados, destacam-se: promover o uso de evidências científicas na tomada de decisão; fomentar a aprendizagem organizacional nas equipes de saúde; reduzir o retrabalho e desperdício; e valorizar o conhecimento produzido por trabalhadores e usuários.

A política propõe a implementação de instrumentos como: (a) Comunidades de Prática (CoPs) temáticas; (b) Banco de Boas Práticas e Lições Aprendidas; (c) Portais de Conhecimento temáticos; (d) Sistema de Gestão de Documentos e Memória Técnica. No entanto, na prática, a implementação tem sido desigual entre regiões e níveis de gestão. Vaz (2023), em estudo sobre a saúde pública da Guiné-Bissau, aponta que a ausência de

infraestrutura tecnológica e a baixa prioridade política são barreiras recorrentes no espaço lusófono realidade que também se verifica em municípios brasileiros de pequeno porte.

Haddad e Lima (2024) complementam essa análise ao discutir a Saúde Digital no SUS. As autoras argumentam que “a digitalização dos processos assistenciais e de gestão é condição necessária, mas não suficiente, para a GC; é preciso que os sistemas interoperem e que os profissionais sejam capacitados para extrair conhecimento dos dados” (HADDAD; LIMA, 2024, p. 5). O prontuário eletrônico do paciente (PEP), por exemplo, pode funcionar como mero repositório de dados ou como ferramenta de apoio à decisão e à pesquisa, dependendo de como é projetado e utilizado.

2.5 Barreiras e facilitadores da gestão do conhecimento em saúde

A literatura converge para um conjunto de barreiras recorrentes à gestão do conhecimento em instituições de saúde. Destaca-se, primeiramente, a cultura organizacional individualista, especialmente em contextos de alta especialização, em que o conhecimento é frequentemente visto como propriedade pessoal e não como um ativo institucional a ser compartilhado. Em segundo lugar, a falta de tempo constitui um obstáculo significativo, uma vez que profissionais sobrecarregados com atividades assistenciais não dispõem de momentos adequados para sistematizar ou compartilhar conhecimento. Outra barreira importante é a rotatividade elevada, pois a precarização dos vínculos trabalhistas leva à perda de conhecimento valioso acumulado ao longo da experiência prática. Ademais, a fragilidade tecnológica caracterizada por sistemas não integrados, ausência de padrões de interoperabilidade e baixa usabilidade das ferramentas disponíveis, dificulta a captura e o acesso ao conhecimento. Por fim, a baixa institucionalização, ou seja, a dependência de iniciativas isoladas de indivíduos ou equipes sem sustentação em políticas formais, impede que as práticas de gestão do conhecimento se consolidem de maneira duradoura.

Por outro lado, diversos facilitadores podem potencializar a gestão do conhecimento em saúde. Entre eles, incluem-se a liderança que incentiva ativamente o compartilhamento de saberes, a existência de sistemas de reconhecimento e recompensa para quem contribui com a aprendizagem coletiva, a alocação de tempo protegido para atividades de gestão do

conhecimento e o uso de metodologias participativas, como comunidades de prática e narrativas de caso. Esses elementos criam um ambiente organizacional mais propício à circulação do conhecimento.

Enfatiza-se ainda o papel da segurança psicológica como fator crítico. Compartilhar

conhecimento envolve vulnerabilidade, pois o profissional precisa expor suas dúvidas, erros ou lacunas. Para que isso ocorra, ele deve sentir que não será ridicularizado nem punido ao fazê-lo. Em instituições com clima punitivo, o conhecimento sobre falhas e eventos adversos permanece oculto, impedindo que a organização aprenda com seus próprios erros e evolua continuamente. Assim, construir um ambiente de segurança psicológica é condição fundamental para que as barreiras sejam superadas e os facilitadores, efetivamente aproveitados.

3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo teórico, de abordagem qualitativa, desenvolvido por meio de revisão narrativa da literatura, complementada por análise documental. A escolha da revisão narrativa fundamentou-se na possibilidade de integrar e discutir contribuições provenientes de diferentes campos do conhecimento, especialmente gestão do conhecimento, saúde pública, aprendizagem organizacional e desenvolvimento institucional. Essa abordagem foi empregada com finalidade analítico-interpretativa, buscando identificar conceitos, práticas, barreiras e potencialidades da gestão do conhecimento aplicáveis ao contexto das organizações de saúde e, particularmente, ao Sistema Único de Saúde (SUS).

A busca bibliográfica foi realizada nas bases SciELO, PubMed e Biblioteca Digital do IPEA, considerando os descritores “gestão do conhecimento”, “desenvolvimento institucional”, “SUS”, “aprendizagem organizacional” e “saúde pública”. O recorte temporal priorizou publicações entre 2019 e 2024, sem excluir obras de referência relevantes para a fundamentação conceitual da gestão do conhecimento. A seleção das fontes foi orientada pela aderência ao objetivo do estudo e pela contribuição para a compreensão das relações entre gestão do conhecimento e desenvolvimento institucional em organizações de saúde. Como critérios de inclusão, foram consideradas publicações que abordassem gestão do conhecimento, aprendizagem organizacional, desenvolvimento institucional, gestão pública ou práticas de gestão aplicáveis ao contexto da saúde, além de documentos institucionais relacionados ao Sistema Único de Saúde. Foram excluídos trabalhos sem aderência ao problema de pesquisa ou que não apresentassem contribuição teórica ou analítica para os objetivos propostos. Após a seleção, as publicações foram examinadas de forma interpretativa, buscando identificar convergências, complementaridades e lacunas na literatura relacionadas ao fortalecimento institucional por meio da gestão do conhecimento.

Reconhece-se que, por se tratar de uma revisão narrativa, e não de uma revisão sistemática, o protocolo aqui descrito não segue integralmente os padrões de reprodutibilidade

recomendados por diretrizes como o PRISMA; ainda assim, sua explicitação busca conferir maior transparência e rastreabilidade ao processo de seleção e análise das fontes, na medida do que é factível para este desenho de estudo.

A análise documental concentrou-se na Política de Gestão do Conhecimento para o Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2019), considerando as diretrizes, os instrumentos e as proposições relacionados à institucionalização da gestão do conhecimento no contexto da saúde pública. As fontes bibliográficas e documentais selecionadas foram examinadas de forma interpretativa e comparativa, buscando identificar convergências, divergências e lacunas relacionadas à incorporação da gestão do conhecimento nas organizações de saúde. A partir dessa análise, os conteúdos foram organizados em três eixos analíticos: memória organizacional e retenção do conhecimento; qualidade e segurança assistencial; e inovação e eficiência na gestão. Esses eixos orientaram a discussão das contribuições e dos limites da gestão do conhecimento para o desenvolvimento institucional em saúde, permitindo articular o fundamento teórico às particularidades organizacionais do SUS.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise interpretativa das fontes bibliográficas e documentais permitiu organizar as contribuições da gestão do conhecimento para o desenvolvimento institucional em saúde em três eixos analíticos inter-relacionados: (i) memória organizacional e retenção do conhecimento; (ii) qualidade e segurança assistencial; e (iii) inovação e eficiência na gestão. Esses eixos não são compreendidos como dimensões isoladas, mas como componentes de um processo organizacional no qual a criação, o compartilhamento, a aplicação e a retenção do conhecimento podem contribuir para ampliar a capacidade institucional de aprender, preservar saberes críticos, qualificar processos decisórios e adaptar-se às mudanças do ambiente da saúde. A análise desses eixos permite discutir não apenas as potencialidades atribuídas à gestão do conhecimento, mas também seus limites e condicionantes no contexto do Sistema Único de Saúde, especialmente aqueles relacionados à cultura organizacional, à capacidade de institucionalização das práticas, à infraestrutura tecnológica e à continuidade das políticas de gestão.

4.1 Memória organizacional e retenção de conhecimento

O desenvolvimento institucional pressupõe que a organização não depende apenas das competências de indivíduos atuais, mas de um estoque de conhecimento que persiste além da

permanência de seus membros. Davenport e Prusak (2019) denominam isso de “memória organizacional”, armazenada em documentos, rotinas, cultura e sistemas. No SUS, a alta rotatividade de profissionais, especialmente médicos em programas de residência, contratos temporários e cooperações internacionais (como o Mais Médicos) impõe desafios severos à retenção.

Santos et al. (2020) relatam que hospitais públicos com programas estruturados de “lições aprendidas” e “passagens de plantão” documentadas apresentam menor incidência de eventos adversos relacionados à falta de informação. Contudo, observam que menos de 30% das unidades avaliadas possuíam mecanismos sistematizados de transferência de conhecimento entre turnos ou equipes.

A política do Ministério da Saúde (BRASIL, 2019) prevê a criação de bancos de boas práticas, mas Vaz (2023) critica que, na prática, tais bancos tendem a ser “cemitérios de documentos” sem curadoria ativa ou integração aos fluxos de trabalho. Para que a memória organizacional seja viva, é necessário que haja processos de validação, atualização e incorporação do conhecimento ao dia a dia, o que exige recursos humanos dedicados.

4.2 Qualidade assistencial e redução da variabilidade

Um dos pilares da gestão da qualidade em saúde é a redução da variabilidade não justificada, ou seja, a diferença nas condutas que não se deve a características específicas do paciente, mas à falta de acesso a conhecimento ou a hábitos peculiares dos profissionais. Terra (2020) argumenta que “organizações que institucionalizam o conhecimento baseado em evidências tornam seu desempenho mais previsível e confiável” (p. 231).

As comunidades de prática (CoPs), preconizadas por Probst, Raub e Romhardt (2022) e adotadas pela política do SUS, são fóruns em que profissionais de diferentes unidades discutem casos complexos, compartilham protocolos adaptados e constroem soluções coletivas. Haddad e Lima (2024) citam a experiência bem-sucedida da CoP de teleconsultoria em Santa Catarina, que reduziu em 40% os encaminhamentos desnecessários para atenção terciária por meio do compartilhamento de conhecimento entre médicos da atenção primária e especialistas.

No entanto, as autoras alertam que o sucesso das CoPs depende de facilitação qualificada e de reconhecimento institucional. Quando vistas como atividade extracurricular ou voluntária, tendem a se desmobilizar rapidamente. Batista (2020) recomenda que as CoPs sejam incorporadas às descrições de cargo e que a participação ativa seja critério de progressão funcional, algo ainda raro na administração pública sanitária.

4.3 Inovação e eficiência: o papel da saúde digital

A inovação em saúde seja na forma de novos modelos de cuidado, de arranjos organizacionais ou de tecnologias assistenciais não ocorre no vácuo; é resultado da combinação criativa de conhecimentos prévios. Davenport e Prusak (2019) destacam que “a inovação raramente emerge de insight isolado; ela brota da interseção de conhecimentos diversos” (p. 187). Em hospitais de ensino e centros de pesquisa, a GC intencional pode catalisar essa interseção.

Araújo (2024), embora não trate diretamente de saúde, contribui ao discutir como as plataformas digitais reorganizam o trabalho e a produção de conhecimento. No SUS, a implementação da Saúde Digital incluindo telessaúde, prontuário eletrônico interoperável e sistemas de apoio à decisão cria uma infraestrutura para coleta, agregação e análise de dados em larga escala. Haddad e Lima (2024) afirmam que “o grande potencial da saúde digital não é automatizar o que já existe, mas gerar novos conhecimentos a partir do cruzamento de dados de milhões de atendimentos” (p. 9).

Um exemplo é o uso de algoritmos de aprendizado de máquina para identificar precocemente pacientes com risco de sepse a partir de dados de prontuário. Esse conhecimento, uma vez validado, pode ser incorporado a sistemas de alerta em todas as UTIs do país. Contudo, como alerta Terra (2020), “a tecnologia é apenas o veículo; o conteúdo e a cultura determinam se o conhecimento será efetivamente usado” (p. 258). Sem treinamento e sem mudança de hábitos, os alertas são ignorados.

4.4 Desafios de implementação no SUS brasileiro

Apesar do arcabouço normativo e das evidências favoráveis, a implementação da GC no SUS esbarra em problemas estruturais. Santos et al. (2020) enumeram: subfinanciamento crônico, que força priorização do atendimento em detrimento de atividades de planejamento e aprendizagem; fragmentação federativa, com pouca coordenação entre estados e municípios; e ausência de carreiras específicas para gestores do conhecimento.

Além disso, Batista (2020) observa que “a administração pública brasileira ainda é fortemente influenciada pelo modelo burocrático weberiano, que valoriza o segredo, o controle hierárquico e a estanqueidade dos departamentos” (p. 143). Esse ethos é antagônico à abertura, colaboração e compartilhamento horizontal exigidos pela GC. Mudar essa cultura demanda tempo e liderança persistente.

Vaz (2023), em seu estudo na Guiné-Bissau – país com desafios semelhantes aos de muitas regiões brasileiras, conclui que “sem a institucionalização da GC por meio de política pública dotada de recursos e monitoramento, as iniciativas permanecem frágeis e descontinuadas” (p. 287). Essa lição é particularmente relevante para o SUS, em que mudanças de gestão a cada quatro anos frequentemente interrompem projetos promissores.

Uma leitura crítica desse conjunto de desafios sugere que eles não são independentes entre si: a persistência simultânea de subfinanciamento, fragmentação federativa e cultura burocrática indica que a gestão do conhecimento no SUS enfrenta não apenas obstáculos técnicos ou informacionais, mas também um problema de economia política a ausência de incentivos institucionais concretos para que gestores priorizem investimentos em conhecimento organizacional diante de demandas assistenciais urgentes e orçamento limitado. Sem o reconhecimento explícito desse conflito de prioridades, proposições de gestão do conhecimento tendem a permanecer no plano normativo, sem tradução efetiva em prática institucional.

4.5 Proposições para o desenvolvimento institucional via GC

Com base na análise realizada, propõem-se as seguintes ações estratégicas para o desenvolvimento institucional por meio da gestão do conhecimento. Em primeiro lugar, recomenda-se a criação de um Núcleo de Gestão do Conhecimento em cada secretaria estadual e municipal de saúde, dotado de equipe multidisciplinar e orçamento próprio, de modo a institucionalizar a função e garantir sua sustentabilidade para além de iniciativas isoladas.

Em segundo lugar, sugere-se a incorporação da gestão do conhecimento nos processos de acreditação e certificação hospitalar, tornando-a critério mandatório para a obtenção e manutenção de selos de qualidade, o que incentivaria as organizações a investirem sistematicamente nessa área.

Uma terceira proposição consiste no desenvolvimento de plataformas leves e acessíveis para o registro de lições aprendidas, integradas ao prontuário eletrônico do paciente e a aplicativos de mensagens institucionais, respeitando-se as diretrizes da Lei Geral de Proteção de Dados, de forma a capturar o conhecimento tácito no ponto de cuidado.

Em quarto lugar, propõe-se a implantação de programas de mentoria reversa, nos quais profissionais mais jovens capacitam os mais experientes em tecnologias digitais, enquanto os profissionais mais experientes transmitem conhecimento clínico tácito aos mais jovens, estabelecendo um fluxo bidirecional de aprendizado. Por fim, recomenda-se a inclusão de

competências relacionadas à gestão do conhecimento nos concursos públicos e nos currículos da residência médica e multiprofissional, formando futuros profissionais com o hábito estruturado de compartilhar, sistematizar e aplicar conhecimento no cotidiano assistencial e gerencial.

Cabe ressaltar que as cinco proposições acima derivam da síntese da literatura revisada e do raciocínio analítico dos autores, e não de testes empíricos ou de experiências-piloto documentadas neste estudo. Sua adoção deveria, portanto, ser precedida de validação em contextos organizacionais específicos, preferencialmente por meio de projetos-piloto avaliados com indicadores de processo e de resultado, antes de qualquer generalização para o conjunto do SUS.

4.6 Uma leitura analítica integrada: proposição preliminar

A discussão apresentada nas subseções anteriores permite esboçar, de forma preliminar, uma leitura integrada dos três eixos analíticos que estruturam este estudo, na qual a memória organizacional funciona como pré-condição para a qualidade assistencial e ambas, por sua vez, sustentam a capacidade inovadora da organização de saúde: sem retenção de conhecimento não há padronização baseada em evidências, e sem padronização não há base estável sobre a qual inovar com segurança. Essa leitura sugere uma hierarquia de dependência entre os três eixos antes uma proposição analítica a ser testada empiricamente do que uma conclusão estabelecida por este estudo, que se limita a sistematizar contribuições da literatura consultada.

Estudos futuros, de natureza empírica, poderiam operacionalizar essa proposição por meio de indicadores organizacionais que capturem, simultaneamente, o grau de institucionalização da memória organizacional, a variabilidade assistencial e a taxa de adoção de inovações em uma mesma amostra de organizações de saúde, testando se a primeira efetivamente antecede e condiciona as demais. Até que tal validação seja realizada, essa leitura integrada deve ser tratada como hipótese de trabalho, e não como resultado demonstrado.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS E IMPLICAÇÕES

A análise desenvolvida neste estudo indica que a gestão do conhecimento pode constituir um componente estratégico para o desenvolvimento institucional em saúde, particularmente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), cuja complexidade

organizacional, diversidade regional e multiplicidade de atores demandam mecanismos capazes de favorecer a aprendizagem e a preservação do conhecimento institucional. A literatura e os documentos analisados apontam contribuições potenciais da gestão do conhecimento relacionadas à memória organizacional e à retenção de saberes, à qualidade e segurança assistencial e à inovação e eficiência na gestão. Tais contribuições, entretanto, não devem ser interpretadas como relações causais empiricamente demonstradas por este estudo, mas como dimensões analíticas identificadas a partir da literatura examinada, cuja concretização depende de condições organizacionais, culturais, tecnológicas e político-institucionais específicas.

Entretanto, a literatura analisada evidencia que a institucionalização da gestão do conhecimento no SUS permanece condicionada por barreiras de natureza cultural, estrutural, tecnológica e político-institucional, que podem limitar a continuidade e a disseminação dessas práticas. Nesse contexto, a existência de diretrizes formais constitui um elemento relevante, mas sua efetividade depende da capacidade das organizações de incorporá-las aos processos cotidianos de gestão e de cuidado. Os achados discutidos neste estudo apontam, portanto, para a importância de estratégias articuladas de capacitação contínua, compartilhamento e retenção do conhecimento, suporte tecnológico, monitoramento das práticas e fortalecimento de ambientes organizacionais favoráveis à aprendizagem. Mais do que iniciativas isoladas, a consolidação da gestão do conhecimento requer sua integração às rotinas e aos processos institucionais, de modo que experiências, conhecimentos acumulados e lições decorrentes da prática possam subsidiar a aprendizagem organizacional e a tomada de decisão.

Como contribuição teórico-analítica, o estudo sistematiza a relação entre gestão do conhecimento e desenvolvimento institucional em saúde a partir de três eixos inter-relacionados: memória organizacional e retenção do conhecimento; qualidade e segurança assistencial; e inovação e eficiência na gestão. Essa organização analítica possibilita compreender a gestão do conhecimento não apenas como um conjunto de práticas isoladas, mas como um processo transversal que pode favorecer a aprendizagem organizacional, a preservação de saberes e a qualificação dos processos institucionais.

Entre as limitações do estudo, destaca-se a adoção de uma revisão narrativa da literatura, cuja natureza interpretativa não permite estabelecer relações causais nem generalizar os achados para diferentes contextos organizacionais. Soma-se a isso a ausência de investigação empírica destinada a verificar, no cotidiano das organizações de saúde, as relações identificadas na literatura. Destaca-se ainda que, embora esta revisão tenha

incorporado estudos brasileiros específicos sobre gestão do conhecimento em saúde (BORBA; KLIEMANN NETO, 2008; CICONE et al., 2015), a base teórica permanece concentrada em um número relativamente restrito de autores; revisões futuras poderiam ampliar esse escopo, incorporando produção internacional mais recente e literatura de áreas correlatas, como administração pública e ciência da informação em saúde. Estudos futuros poderão testar e aprofundar os eixos analíticos propostos por meio de estudos de caso, pesquisas quantitativas ou abordagens de métodos mistos em hospitais e órgãos gestores do SUS, considerando indicadores relacionados à retenção e ao compartilhamento do conhecimento, à aprendizagem organizacional, à qualidade dos processos e ao desempenho institucional.

Por fim, a gestão do conhecimento pode ser compreendida como uma função estratégica e contínua para o desenvolvimento institucional em saúde, e não apenas como um conjunto de iniciativas pontuais ou dependentes de tecnologias específicas. No contexto do SUS, sua institucionalização pressupõe a criação de condições organizacionais que favoreçam a produção, o compartilhamento, a retenção e a aplicação do conhecimento nos processos de gestão e de cuidado. Nessa perspectiva, fortalecer a memória organizacional, estimular a aprendizagem coletiva e incorporar o conhecimento às práticas decisórias constituem caminhos relevantes para ampliar a capacidade das instituições de saúde de aprender com suas experiências e responder às mudanças e aos desafios do sistema. A consolidação dessas práticas, contudo, requer continuidade institucional e avaliação sistemática de seus resultados, permanecendo como campo relevante para futuras investigações teóricas e empíricas.

6. REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Júlián Marcelino. *Plataformização do trabalho: a responsabilidade (civil e laboral) das empresas de aplicativos de entrega de alimentos por acidentes de trânsito (trabalho) envolvendo jovens trabalhadores no Brasil, especialmente após 2020*. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2024.

BATISTA, Fábio Ferreira. *Modelo de gestão do conhecimento para a administração pública brasileira: como implementar a gestão do conhecimento para resultados em benefício do cidadão*. Brasília: Ipea, 2020.

BORBA, Gustavo Severo de; KLIEMANN NETO, Francisco José. *Gestão Hospitalar: identificação das práticas de aprendizagem existentes em hospitais*. *Saúde e Sociedade*, v. 17, n. 1, p. 44-60, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política de gestão do conhecimento para o Sistema Único de Saúde (SUS): diretrizes estratégicas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

CICONE, Priscila Artero et al. ***Gestão do Conhecimento em Organizações de Saúde: Revisão Sistemática de Literatura***. *Saúde e Pesquisa*, v. 8, n. 2, p. 379-388, 2015.

DAVENPORT, Thomas H.; PRUSAK, Laurence. ***Conhecimento empresarial: como as organizações gerenciam o seu capital intelectual***. Rio de Janeiro: Campus, 2019.

HADDAD, Ana Estela; LIMA, Nísia Trindade. ***Saúde Digital no Sistema Único de Saúde (SUS)***. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 28, p. e230597, 2024.

PROBST, Gilbert; RAUB, Steffen; ROMHARDT, Kai. ***Gestão do conhecimento: os elementos construtivos do sucesso***. Porto Alegre: Bookman, 2022.

SANTOS, Thadeu Borges Souza et al. ***Gestão hospitalar no Sistema Único de Saúde: problemáticas de estudos em política, planejamento e gestão em saúde***. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, p. 3597-3609, 2020.

TERRA, José Cláudio Cyrineu. ***Gestão do conhecimento: o grande desafio empresarial***. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2020.

VAZ, Júlio. ***Gestão de Conhecimento nas unidades de saúde: Política de Gestão de Conhecimento na saúde pública da Guiné-Bissau***. Tese (Doutorado) – Universidade de Lisboa, Lisboa, 2023.