



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS, TECNOLOGIAS E SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TECNOLOGIAS DA INFORMAÇÃO E
COMUNICAÇÃO - MESTRADO

MARLON GONÇALVES ZILLI

**MATURIDADE EM GESTÃO DO CONHECIMENTO EM CLÍNICAS DE SAÚDE
DAS INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR INTEGRANTES DA ASSOCIAÇÃO
CATARINENSE DAS FUNDAÇÕES EDUCACIONAIS – SISTEMA ACAFE DE
SANTA CATARINA**

ARARANGUÁ

2020

Marlon Gonçalves Zilli

**MATURIDADE EM GESTÃO DO CONHECIMENTO EM CLÍNICAS DE SAÚDE
DAS INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR INTEGRANTES DA ASSOCIAÇÃO
CATARINENSE DAS FUNDAÇÕES EDUCACIONAIS – SISTEMA ACAFE DE
SANTA CATARINA**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Tecnologias da Informação e Comunicação da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do título de Mestre em Tecnologias da Informação e Comunicação.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Cesar Leite Esteves

Coorientadora: Prof^ª Dr^ª Cristina Keiko Yamaguchi

Araranguá
2020

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor
por meio do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária
da UFSC

Gonçalves Zilli, Marlon

Maturidade em gestão do conhecimento em clínicas de saúde das instituições de ensino superior integrantes da Associação Catarinense das Fundações Educacionais : Sistema Acafe de Santa Catarina / Marlon Gonçalves Zilli ; orientador, Paulo Cesar Leite Esteves, coorientadora, Cristina Keiko Yamaguchi, 2021.

176 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Campus Araranguá, Programa de Pós-Graduação em Tecnologias da Informação e Comunicação, Araranguá, 2021.

Inclui referências.

1. Tecnologias da Informação e Comunicação. 2. Maturidade em gestão do conhecimento. 3. Clínicas universitárias de saúde. 4. Administração universitária. 5. Clínicas escola. I. Cesar Leite Esteves, Paulo. II. Keiko Yamaguchi, Cristina. III. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Tecnologias da Informação e Comunicação. IV. Título.

Marlon Gonçalves Zilli

Maturidade em gestão do conhecimento em clínicas de saúde das instituições de ensino superior integrantes da Associação Catarinense das Fundações Educacionais – Sistema Acafe de Santa Catarina.

O presente trabalho, em nível de mestrado, foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Fernando José Spanhol, Dr.

Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC

Prof.^a Gertrudes Aparecida Dandolini, Dr.^a

Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

Prof.^a Gisele Silveira Coelho Lopes, Dr.^a

Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão, que foi julgado adequado para obtenção do título de Mestre em Tecnologias da Informação e Comunicação.

Prof. Fernando José Spanhol, Dr.

Coordenador do Programa

Prof. Paulo Cesar Leite Esteves, Dr.

Orientador

Araranguá, 11 de dezembro de 2020.

Dedico este trabalho a minha falecida avó, dona Araci de Souza Gonçalves (*in memoriam*) e a dona Rosa Maria.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço aos meus pais, Sirlene Gonçalves e Edison Zilli, pelo apoio até aqui. Ao meu orientador, prof. Paulo Cesar Leite Esteves e a minha coorientadora, prof^a Cristina Keiko Yamaguchi, pela participação importante nesta etapa de minha vida.

Em segundo lugar, é necessário agradecer ao Eduardo Lux e à Isabelly Laurindo, que, incondicionalmente, me ouviram falar acerca desta dissertação de mestrado, e, outrossim, à prof^a Mágada Tessmann e à instituição em que trabalho no momento, pelo apoio me dado durante o mestrado.

Além disso, agradeço aos gestores das clínicas escola das instituições de ensino que se dispuseram a participar desta pesquisa. Também, agradeço aos meus colegas de sala de aula, Ladislei, Sidinei, Rogério e Rodrigo.

Ademais, agradeço, também, àqueles que, eventualmente, eu não tenha aqui citado, mas que tiveram importância nesta etapa de minha trajetória.

“Quando você deseja uma coisa, todo o universo conspira para que possa realizá-la”.

Paulo Coelho (2020, p. 38)

RESUMO

ZILLI, Marlon Gonçalves. **Maturidade em gestão do conhecimento em clínicas de saúde das instituições de ensino superior integrantes da Associação Catarinense das Fundações Educacionais – Sistema Acafe de Santa Catarina**. 2020. 176 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Tecnologias da Informação e Comunicação, Centro de Ciências, Tecnologias e Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Araranguá, 2020.

A gestão do conhecimento (GC) consiste em a instituição criar, disseminar e incorporar conhecimentos a seus produtos e serviços e, no seu processo, estão todas as possibilidades de gerar, armazenar, distribuir e utilizar esse conhecimento, buscando promover o crescimento, o desenvolvimento, a comunicação e a preservação do conhecimento institucional, de forma que os profissionais alcancem respostas rápidas e adequadas para as decisões que precisam tomar. Desse modo, os modelos de maturidade em gestão do conhecimento buscam capturar o processo de desenvolvimento da GC dentro de uma instituição e avaliar até que ponto a GC está explicitamente definida, gerenciada e controlada. Esses modelos descrevem etapas do conhecimento e apoiam gerentes e organizações na avaliação do progresso das práticas de GC, de maneira a orientar na tomada de decisão e indicar melhorias de desempenho. Assim sendo, esta dissertação teve como objetivo geral analisar o grau de maturidade em gestão do conhecimento em clínicas universitárias das instituições de ensino superior (IES) da Associação Catarinense das Fundações Educacionais - sistema Acafe. Como objeto de estudos, optou-se pelas clínicas de fisioterapia, medicina, odontologia e psicologia das IES do sistema Acafe, devido à relevância das clínicas para o contexto de saúde no local em que estão inseridas e das instituições de ensino do sistema Acafe no contexto catarinense. Foi selecionada uma clínica de cada área do conhecimento por Região Geográfica Intermediária de Santa Catarina e feito contato com os seus respectivos gestores. Como método, utilizou-se a pesquisa qualitativa, aplicada, descritiva, com procedimentos técnicos bibliográfico, documental e estudo multicaso e com aplicação de questionário, modelo adaptado de Batista (2012), junto aos gestores dessas clínicas. Foram avaliados sete critérios: (i) liderança em GC; (ii) processos; (iii) pessoas; (iv) tecnologias; (v) processos de conhecimento; (vi) aprendizagem e inovação; e (vii) resultados da gestão do conhecimento, sendo que cada critério possui 6 ações a serem avaliadas. Logo, foi apresentado o contexto universitário de cada Região Geográfica Intermediária de Santa Catarina; foram caracterizadas as clínicas universitárias pertencentes às IES da Acafe, foi descrito seu nível de maturidade e identificados os pontos fortes e as oportunidades de melhorias da gestão do conhecimento das clínicas que integraram o escopo deste trabalho. Como resultados, 16 gestores participaram, sendo que dois deles são gestores gerais, coordenando todas as quatro áreas do conhecimento. Assim, constatou-se que uma clínica se encontra em nível de maturidade; cinco em nível de refinamento; quatro em introdução (expansão); seis em iniciação e nenhuma em nível de reação. As clínicas de fisioterapia possuem o maior nível de maturidade em gestão do conhecimento, seguidas de psicologia, medicina e odontologia, conforme a percepção de seus gestores. Constatou-se, também, que não há relação entre a percepção dos gestores sobre o grau de maturidade em GC e o tempo que eles coordenam o serviço de suas clínicas. Além disso, elencou-se, como principais pontos fortes, o critério tecnologia, no qual, segundo os pesquisados, todos possuem acesso à internet e ao e-mail institucional, e o critério processos, sendo, como principal ponto forte o fato de as clínicas readequarem seu processo de trabalho para agregar valor ao paciente e alcançar alto desempenho. Evidenciou-se que a principal oportunidade de melhoria se encontra no critério resultados da gestão do conhecimento, e a ação de necessidade de implementação de *coaching*,

mentoring ou tutoria que propiciem transferir e preservar o conhecimento institucional, sendo que, essa ação corresponde ao critério pessoas.

Palavras-chave: Maturidade em gestão do conhecimento. Clínicas universitárias de saúde. Administração universitária. Sistema Acafe. Clínicas Escola.

ABSTRACT

ZILLI, Marlon Gonçalves. **Knowledge management maturity in health clinics of higher education institutions that are members of the Associação Catarinense das Fundações Educacionais - Acafe System of Santa Catarina.** 2020. 176 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Tecnologias da Informação e Comunicação, Centro de Ciências, Tecnologias e Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Araranguá, 2020.

Knowledge management (KM) consists of the institution creating, disseminating and incorporating knowledge into its products and services and, in its process, there are all possibilities to generate, store, distribute and use this knowledge, seeking to promote growth, development, communication and the preservation of institutional knowledge, so that professionals achieve quick and appropriate responses to the decisions they need to make. In this way, knowledge management maturity models seek to capture the KM development process within an institution and assess the extent to which KM is explicitly defined, managed and controlled. These models describe stages of knowledge and support managers and organizations in assessing the progress of KM practices, in order to guide decision making and indicate performance improvements. Therefore, this dissertation had as its general objective to analyse the degree of maturity in knowledge management in university clinics of higher education institutions (HEIs) of the Association of Santa Catarina of Educational Foundations - Acafe system. As an object of studies, physiotherapy, medicine, dentistry and psychology clinics of the HEIs of the Acafe system were chosen, due to the relevance of the clinics to the context of health in the place where they are located and of the educational institutions of the Acafe system in the context of Santa Catarina state. One clinic from each area of knowledge was selected by Intermediate Geographic Region of Santa Catarina and made contact with their respective managers. As a method, qualitative, applied, descriptive research was used, with bibliographic, documentary and multi-case study technical procedures and with the application of a questionnaire, model adapted from Batista (2012), in the managers of these clinics. Seven criteria were evaluated: (i) leadership in KM; (ii) processes; (iii) people; (iv) technologies; (v) knowledge processes; (vi) learning and innovation; and (vii) knowledge management results, with each criterion having 6 actions to be evaluated. Then, the university context of each Intermediate Geographic Region of Santa Catarina was presented; university clinics belonging to the HEIs of Acafe were characterized, their maturity level was described and the strengths and opportunities for improvement of knowledge management at clinics that were part of the scope of this work were identified. As a result, 16 managers participated, two of whom are general managers, coordinating all four areas of knowledge. Thus, it was found that one of the clinics is at the maturity level; five at the level of refinement; four in introduction (expansion); six in initiation and none in reaction level. Physiotherapy clinics have the highest level of maturity in knowledge management, followed by psychology, medicine and dentistry, according to the perception of their managers. It was also found that there is no relationship between the perception of managers about the degree of maturity in KM and the time that they coordinate the service of their clinics. In addition, the technology criterion was listed as the main strengths, in which, according to those surveyed, everyone has access to the internet and institutional e-mail and the processes criterion, the main strength identified was the fact that the clinics readjusted its work process to add value to the patient and achieve high performance. It was evidenced that the main opportunity for improvement is found in the results criterion of knowledge management, and the action of need to implement coaching, mentoring or tutoring that allows transferring and preserving institutional knowledge, and this action corresponds to the people criterion.

Keywords: Knowledge management maturity. University health clinics. University administration. Acafe System. School Clinics.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Gráfico da quantidade de Fundação criadas em SC, por década	34
Figura 2 – Gráfico das IES em Santa Catarina em 2018	35
Figura 3 – Gráfico de matrículas de ensino superior em IES de SC em 2018	36
Figura 4 – Quatro modos de conversão do conhecimento.	46
Figura 5 – Modelo de GC de Batista (2012)	57
Figura 6 – Pirâmide do modelo proposto por Hung, Chou e Chen. (2005)	60
Figura 7 – Estágios de maturidade de Yang e Yu (2013).....	67
Figura 8 – Níveis de maturidade em GC	87

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Dissertações do PPGTIC relacionadas ao tema.....	29
Quadro 2 – Principais diferenças entre IES públicas, comunitárias e privadas	40
Quadro 3 – Conceitos de conhecimento.	44
Quadro 4 – Diferença entre conhecimento tácito e explícito	45
Quadro 5 – Conceitos de gestão do conhecimento.....	48
Quadro 6 – Principais práticas de GC em organizações de saúde.....	51
Quadro 7 – Dimensões do modelo OKA.....	54
Quadro 8 – Direcionadores estratégicos, FCS/viabilizadores e processos de Batista (2012) ..	57
Quadro 9 – Principais aspectos abordados no trabalho de Batista (2012).....	58
Quadro 10 – Referências que propuseram novos modelos ou analisaram existentes	59
Quadro 11 – Componentes do modelo de Feng (2006).....	62
Quadro 12 – Níveis de maturidade sob três aspectos	63
Quadro 13 – Níveis de maturidade por Fengju e Xiaojing (2011)	65
Quadro 14 – Fatores críticos de sucesso dos modelos de Kraemer <i>et al.</i> (2017)	68
Quadro 15 – Portfólios identificados.....	70
Quadro 16 – Principais FCS encontrados em artigos de 2016 a 2020	74
Quadro 17 – Frequência dos principais FCS	75
Quadro 18 – Classificação da pesquisa	80
Quadro 19 – Modelo para mensuração do grau de maturidade.....	86
Quadro 20 – Escalas para analisar os critérios do grau de maturidade	86
Quadro 21 – Síntese dos critérios de Batista (2012)	88
Quadro 22 – Síntese dos procedimentos metodológicos	90
Quadro 23 – Regiões Geográficas Intermediárias.....	92
Quadro 24 – Regiões Intermediárias e suas IES.....	93
Quadro 25 – Região Intermediária de Blumenau e suas IES da Acafe	94
Quadro 26 – Clínica Universitária da Furb	95
Quadro 27 – Região Geográfica Intermediária de Caçador e suas IES da Acafe	98
Quadro 28 – Região Geográfica Intermediária de Chapecó e suas IES da Acafe.....	100
Quadro 29 – Região Geográfica Intermediária de Criciúma e suas IES da Acafe.....	105
Quadro 30 – Clínicas Integradas da Unesc.....	106
Quadro 31: Clínicas das Unisul.....	108

Quadro 32 – Região Geográfica Intermediária de Florianópolis e suas IES da Acafe	109
Quadro 33 – Região Geográfica Intermediária de Joinville e suas IES da Acafe	111
Quadro 34 – Região Geográfica Intermediária de Lages e suas IES da Acafe	113
Quadro 35 – Instituições que compuseram o trabalho	115
Quadro 36 – Clínicas participantes da pesquisa	119
Quadro 37 – Pontuação e nível de maturidade em GC das clínicas universitárias de saúde..	120
Quadro 38 – Ações do critério liderança em GC	122
Quadro 39 – Principais pontos fortes e oportunidades de melhoria, critério liderança em GC	125
Quadro 40 - Ações do critério processos.....	125
Quadro 41 – Principais pontos fortes e oportunidades de melhoria, critério processos.....	128
Quadro 42 – Ações do critério pessoas	128
Quadro 43 - Principais pontos fortes e oportunidades de melhoria, critério pessoas.....	130
Quadro 44 – Ações do critério tecnologias	131
Quadro 45 – Principais pontos fortes e oportunidades de melhoria, critério tecnologias	133
Quadro 46 – Ações do critério processos de conhecimento.....	133
Quadro 47 – Principais pontos fortes e oportunidades de melhoria, critério processos de conhecimento.....	136
Quadro 48 – Ações do critério aprendizagem e inovação	136
Quadro 49 – Principais pontos fortes e oportunidades de melhoria do critério aprendizagem e inovação.....	139
Quadro 50 – Ações do critério resultados da GC.	139
Quadro 51 – Grau de maturidade em GC	141
Quadro 52 – Síntese dos pontos fortes e oportunidades de melhoria em GC	142

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Fundações de Santa Catarina.....	32
Tabela 2 – Instituições que compõem a ACAFE e suas matrículas em graduação em 2018...	36
Tabela 3 – Matrículas em 2018 em SC: geral, ACAFE e comunitárias.....	37
Tabela 4 – Clínicas escola em IES da Acafe.....	83
Tabela 5 - Distribuição das clínicas da UnC nas Regiões Intermediárias de Chapecó e Joinville	102
Tabela 6 – Clínicas universitárias da Acafe.	116
Tabela 7 – Nível de maturidade em GC e quantidade correspondente de clínicas	120
Tabela 8 – Pontuação grupal segundo o nível de maturidade em GC, critério liderança.....	122
Tabela 9 – Pontuação por área do conhecimento, critério liderança em GC.....	124
Tabela 10 – Pontuação por Região Geográfica Intermediária, critério liderança em GC	124
Tabela 11 – Pontuação grupal segundo nível de maturidade em GC, critério processos.....	126
Tabela 12 – Pontuação por área do conhecimento, critério processos	127
Tabela 13 - Pontuação por Região Geográfica Intermediária, critério processos	127
Tabela 14 - Pontuação grupal segundo nível de maturidade em GC, critério pessoas.....	129
Tabela 15 - Pontuação por área do conhecimento, critério pessoas	129
Tabela 16 - Pontuação por Região Geográfica Intermediária, critério pessoas.....	130
Tabela 17 - Pontuação grupal segundo nível de maturidade em GC, critério tecnologias.....	131
Tabela 18 - Pontuação por área do conhecimento, critério tecnologias	132
Tabela 19 - Pontuação por Região Geográfica Intermediária, critério tecnologias.....	132
Tabela 20 - Pontuação grupal segundo nível de maturidade em GC, critério processos de conhecimento.....	134
Tabela 21 - Pontuação por área do conhecimento, critério processos de conhecimento.....	134
Tabela 22 – Pontuação por Região Geográfica Intermediária, critério processos de conhecimento.....	135
Tabela 23 - Pontuação grupal segundo nível de maturidade em GC, critério aprendizagem e inovação.....	137
Tabela 24 - Pontuação por área do conhecimento, critério aprendizagem e inovação.....	138
Tabela 25 - Pontuação por Região Geográfica Intermediária, critério aprendizagem e inovação	138

Tabela 26 - Pontuação grupal segundo nível de maturidade em GC, critério resultados de GC	140
Tabela 27 - Pontuação por área do conhecimento, critério resultados da GC.....	140
Tabela 28 - Pontuação por Região Geográfica Intermediária, critério resultados de GC	141

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRUC	Associação Brasileira das Universidades Comunitárias
ACAFE	Associação Catarinense das Fundações Educacionais
APQC	<i>American Productivity and Quality Center</i>
CEFET	Centro Federal de Educação Tecnológica
CEFID	Centro de Ciências da Saúde e do Esporte
CF	Constituição Federal
CMM	<i>Capability Maturity Model</i>
COMUNG	Consórcio das Universidades Comunitárias Gaúchas
CRM	<i>Customer Relationship Management</i>
EAD	Educação a distância
FUCRI	Fundação Educacional de Criciúma
FUNESC	Fundação Educacional do Extremo Oeste de Santa Catarina
FURB	Universidade Regional de Blumenau
GC	Gestão do Conhecimento
G-KMMM	General KM Maturity Model
ICES	Instituição Comunitária de Educação Superior
IEKM	<i>Innovative Enterprise Knowledge Management</i>
IES	Instituição de Ensino Superior
IF	Instituto Federal
IFES	Instituto Federal de Ensino Superior
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
KDCA	<i>Knowledge, Do, Check, Act</i>
KMMM	<i>Knowledge Management Maturity Model</i>
KMRM	<i>Knowledge Management Readiness Model</i>
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
MAKE	<i>Most Admired Knowledge Enterprise</i>
MEC	Ministério da Educação
OCDE	Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OKA	<i>Organizational Knowledge Management</i>
PPGTIC	Programa de Pós-Graduação em Tecnologias da Informação e Comunicação

RH	Recursos Humanos
RS	Rio Grande do Sul
SC	Santa Catarina
SEI	<i>Software Engineering Institute</i>
TI	Tecnologias de informação
TIC	Tecnologias de informação e comunicação
TKN	The KNOW Network
UBS	Unidade Básica de Saúde
UDESC	Universidade do Estado de Santa Catarina
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UnC	Universidade do Contestado
UNESC	Universidade do Extremo Sul Catarinense
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UNIARP	Universidade do Alto Vale do Rio do Peixe
UNIBAVE	Centro Universitário Barriga Verde
UNIDAVI	Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí
UNIFEBE	Centro Universitário de Brusque
UNIVALI	Universidade do Alto Vale do Itajaí
UNIVILLE	Universidade da Região de Joinville
UNOESC	Universidade do Oeste de Santa Catarina
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	21
1.1 OBJETIVOS	26
1.1.1 Objetivo Geral	26
1.1.2 Objetivos Específicos.....	26
1.2 JUSTIFICATIVA	27
1.4 ESTRUTURA DO TRABALHO	28
1.3 ADERÊNCIA AO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TECNOLOGIAS DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO.....	29
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	31
2.1 A EDUCAÇÃO SUPERIOR EM SANTA CATARINA.....	31
2.1.1 Santa Catarina, as IES Comunitárias e o Sistema ACADEMIA.....	31
2.2 CLÍNICAS UNIVERSITÁRIAS EM SAÚDE	41
2.3 CONHECIMENTO E GESTÃO DO CONHECIMENTO	43
2.3.1 Gestão do Conhecimento da Saúde.....	49
2.4 MODELOS DE MATURIDADE DE GESTÃO DO CONHECIMENTO.....	52
2.4.1 Revisão de Batista (2012)	53
2.4.2 Revisão de Kraemer <i>et al.</i> (2017).....	59
2.4.3 Outras Referências	69
2.4.4 Frequência dos Fatores Críticos de Sucesso	75
3 METODOLOGIA.....	79
3.1 CARACTERIZAÇÃO GERAL DA PESQUISA	79
3.2 DELIMITAÇÃO DA PESQUISA	82
3.3 SUJEITOS DA PESQUISA	82
3.4 TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS	85
3.5 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS	88
3.6 ESCOLHA DO MODELO DE BATISTA (2012).....	89

3.7 SÍNTESE DOS PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	90
4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	91
4.1 REGIÕES INTERMEDIÁRIAS DE SANTA CATARINA.....	91
4.1.1 Blumenau.....	93
4.1.1.2 Furb	94
4.1.1.3 Unidavi	96
4.1.1.4 Unifebe	96
4.1.1.5 Univali	97
4.1.1.6 Católica de Santa Catarina	98
4.1.2 Caçador	98
4.1.2.1 Uniarp.....	99
4.1.2.1 Unoesc campus Videira.....	99
4.1.3 Chapecó	100
4.1.3.1 Universidade do Contestado	101
4.1.3.2 Unochapecó.....	102
4.1.3.3 Unoesc	103
4.1.4 Criciúma.....	104
4.1.4.1 Unesc	106
4.1.4.2 Unibave.....	107
4.1.4.3 Unisul	108
4.1.5 Florianópolis	109
4.1.5.1 Udesc	110
4.1.5.2 Centro Universitário Municipal de São José	110
4.1.6 Joinville.....	111
4.1.6.1 Univille	111
4.1. 7 Lages	112
4.1.7.1 Uniplac	113

4.2 SÍNTESE DAS CARACTERÍSTICAS DAS IES POR REGIÃO.....	114
4.3 GESTÃO DO CONHECIMENTO EM CLÍNICAS UNIVERSITÁRIAS DE SAÚDE .	119
4.3.1 Critério Liderança em Gestão do Conhecimento	121
4.3.2 Critério Processos	125
4.3.3 Critério Pessoas	128
4.3.4 Critério Tecnologias	131
4.3.5 Critério Processos de Conhecimento	133
4.3.6 Critério Aprendizagem e Inovação	136
4.3.7 Critério Resultados de Gestão do Conhecimento	139
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	144
REFERÊNCIAS	146
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO.....	164
ANEXO 1 – INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA GC – FOLHAS DE PONTUAÇÃO INDIVIDUAL (BATISTA, 2012)	174

1 INTRODUÇÃO

Ao se falar sobre gestão do conhecimento (GC), é importante destacar que as pesquisas sobre o tema, na área de negócios, surgiram no início da década de 1990 com a ascensão das tecnologias da informação e da economia de conhecimento, e tiveram desenvolvimento de forma rápida e forte. Desse modo, sua popularidade emergente fez com que, dentro desse ambiente, métodos e estímulos de criação de conhecimento e de tecnologias ganhassem cada vez mais visibilidade na pesquisa científica e na prática (TIAN; NAKAMORI; WIERZBICHI, 2009).

Assim sendo, a GC pode ser conceituada como o processo de geração de riqueza da organização, a partir de seu conhecimento ou capital intelectual (BUKOWITZ; WILLIAMS, 2002; KING, 2009; WAHYUNINGSIH; ASTUTI; MUSADIEQ, 2013). O conhecimento se caracteriza como uma única ou várias informações, as quais foram interpretadas de maneira correta por uma ou mais pessoas que possuem as competências relacionadas ao assunto em pauta, a fim de solucionar problemas reais (VIEIRA, 2016) e capital intelectual algo que seja valorizado pela instituição e que esteja contido em pessoas, podendo ser derivado de processos, sistemas e cultura organizacional, como, por exemplo, conhecimentos e habilidades individuais, normas e valores, bases de dados, *know-how*, licenças, entre outros (BUKOWITZ; WILLIAMS, 2002).

Além disso, considera-se que as tecnologias de informação e comunicação (TIC) compõem um conjunto das principais coisas que levaram a gestão do conhecimento à evidência. Elas possibilitaram que as pessoas compartilhassem uma grande quantidade de informações, sem que limitações geográficas e temporais houvesse. Desse modo, as TIC mudaram o jeito de criar, transferir e utilizar o conhecimento, ainda que haja determinados tipos de aprendizados que só possam ser adquiridos por intermédio de contato físico (BUKOWITZ; WILLIAMS, 2002). Dessa forma, as TIC são facilitadoras e os seus recursos e as suas ferramentas podem ser utilizados para processar, armazenar, acessar, preservar, recuperar e disseminar informação com facilidade e, no seu conceito, incluem-se satélites, internet, transmissão de dados por cabo, equipamentos assistidos por computadores (UFUOPHU; AYOBAMI, 2012), redes sem fio, telefones celulares e outros meios de comunicação (OLIVEIRA; MOURA; SOUSA, 2015).

Desse modo, as TIC facilitam o acesso, o processamento e a distribuição de dados e informações, e, inerente a isso, existe a dificuldade em fazer a gestão das informações que já existem, bem como, daquelas que, rotineiramente, são criadas nos processos de trabalho (CICONE *et al.*, 2015). A tecnologia da informação é uma grande habilitadora da GC e contribui diretamente para o manejo do conhecimento (RAMOS; YAMAGUCHI; COSTA, 2020). O processo de gestão do conhecimento consiste em toda possibilidade de gerar, armazenar, distribuir e utilizar esse conhecimento. Ele envolve o tratamento de grande volume de dados, de forma que se torne necessária a incorporação de tecnologias de informação para que haja eficiência. Portanto, a GC visa a promover crescimento, desenvolvimento, comunicação e preservação do conhecimento dentro de uma instituição, e possibilitar que os profissionais alcancem respostas rápidas e adequadas quanto às decisões que precisam tomar (MONTANI; BELLAZZI, 2002).

Com o advento da globalização e dos avanços tecnológicos, as TIC estão cada vez mais presentes nas organizações como uma ferramenta imprescindível para a sua gestão (OMELCZUK; STALLIVIERI, 2019). Além disso, a modernidade tecnológica fez com que as pessoas se mantivessem mais informadas e exigentes. Isso se deve ao fato do fácil acesso à informação, possibilitado pelo advento da internet. Como efeito disso, é axiomático o reflexo desse acelerado processo em diversos setores de trabalho, dentre eles, na área da saúde (ROCHA *et al.*, 2012) e a gestão do conhecimento tem sido explorada como um recurso que auxilia a tomada de decisão nas instituições desse setor (ABIDI, 2001; SITTIG *et al.*, 2010).

Ao se considerar que existe uma dificuldade em se realizar a gestão do grande volume de informações (CICONE *et al.*, 2015), ressalta-se que, em organizações públicas, existem barreiras que comprometem a obtenção delas, como a ausência ou a inadequação de equipamentos, a confiabilidade e a sobrecarga de informações, as falhas em serviços de comunicação, os preconceitos, os conflitos de interesses e a autoavaliação inadequada, por parte do profissional, de conhecimentos e habilidades (REVERE *et al.*, 2007). Desse modo, a GC se revela como um importante instrumento estratégico que visa a melhorar a vida das pessoas e das organizações em que elas trabalham e o processo de gerir, armazenar, gerenciar e disseminar o conhecimento representa um novo desafio que as organizações devem enfrentar (ROSENBERG; OHAYON; FERREIRA, 2008).

Assim sendo, a GC se impõe como algo necessário para as instituições de saúde (CRUZ; FERREIRA, 2016). O enfermeiro, por exemplo, deve disseminar e compartilhar o seu

conhecimento com toda a equipe, pois assim contribuirá para que ela tenha maior capacidade de tomar decisões adequadas sobre as ações do cuidado, de forma a influenciar diretamente a assistência prestada ao paciente (SHINYASHIKI; TREVIZAN; MENDES, 2003).

A mineração de dados, por exemplo, é uma solução que permite a exploração de todo o conhecimento que está disponível na instituição, a fim de que haja uma recuperação inteligente de dados que são relevantes, assim como, uma distribuição entre os provedores de cuidados em saúde (MONTANI; BELLAZZI, 2002).

Cicone *et al.* (2015) ressaltam que existe uma crescente demanda por serviços de saúde, bem como, também, restrições orçamentárias, seja no âmbito público ou no privado. Assim, a gestão do conhecimento busca contribuir com respostas que otimizem os recursos da organização, colaborando para a superação dessa restrição. Segundo Downing *et al.* (2009), a gestão do conhecimento também pode ser utilizada em contextos clínicos integrados a sistemas de prontuário eletrônico. Sendo que, segundo o Conselho Federal de Medicina (2002), o prontuário é um documento constituído por informações, sinais, imagens registradas, a partir de fatos, acontecimentos e situações acerca da saúde do paciente e a assistência prestada a ele, possuindo caráter sigiloso, legal e científico, que possibilita a comunicação entre membros de uma equipe profissional. O prontuário eletrônico, por sua vez, segundo Gonçalves *et al.* (2013), reduz quantidade de papel, diminui ocorrências de erros de registro, evita redundância de procedimentos, como exames, proporciona maior qualidade ao atendimento e à gestão e aumenta a produtividade do serviço. Assim sendo, conforme explica Moreira (2001), a informação, independentemente de como ela é armazenada, transmitida ou acessada, deve ser protegida e os processos de sua segurança têm de ser gerenciados.

Batista *et al.* (2007) avaliaram GC em diversas instituições de saúde, dentre elas, hospitais universitários, utilizando três instrumentos: (i) método da *American Productivity and Quality Center* (APQC), o qual analisa o grau de institucionalização de GC; (ii) um questionário desenvolvido pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), a fim de avaliar a implantação e o alcance de 27 práticas de GC; e (iii) requisitos de gestão do conhecimento do instrumento de avaliação do GesPública, os quais verificam como a organização obtém a identificação, o desenvolvimento, o cultivo, a proteção e o compartilhamento do conhecimento. Dessa forma, os resultados demonstraram que a maior parte das instituições avaliadas estava em estágio inicial de implantação de GC, seis das 23 estavam em estágio avançado, segundo o

método aplicado no estudo. Em outra parte do trabalho, apenas três de 24 instituições que responderam ao questionário relativo às práticas de GC adotam mais de metade do total de iniciativas propostas pelo método. Além disso, Batista *et al.* (2007) identificaram que em muitas organizações, dentre elas alguns hospitais universitários, não há formalização de GC, pois estão em processo inicial para institucionalizá-la. No melhor dos casos, o que havia eram ações de planejamento ou em implantação, mas que ainda não estavam consolidadas.

Como importantes prestadoras de serviços de saúde, ressaltam-se as clínicas universitárias, que, conforme informa Miguel (2019), são instituições de ensino, logo, subordinadas ao calendário acadêmico e que atraem a população por praticarem preços menores que os de mercado. Elas são procuradas em função de o atendimento ser supervisionado por professores, que estão na vanguarda do conhecimento, quanto às técnicas e aos materiais, e são conhecedores dos tratamentos mais eficazes e inovadores.

Há de se destacar que muitas clínicas universitárias não cobram pelo atendimento realizado, e, quando assim procedem, a instituição de ensino superior (IES) a que pertencem custeia a maior parte, ou inteiramente, por meio de sua própria receita, custos e despesas para manter os serviços ativos. Muitas dessas clínicas, a depender do porte da instituição a que pertencem, realizam mais de uma centena de milhar de atendimentos por ano à comunidade. Fator relevante, ao se pensar que se elas não existissem, certamente a maior parte dessa demanda teria de ser absorvida pelo Sistema Único de Saúde.

Quanto às instituições de ensino superior, em âmbito geral, é importante ressaltar que elas podem ser classificadas, entre outras formas, quanto à organização acadêmica: universidades, centros universitários, faculdades e institutos federais (IF) ou centro federal de educação tecnológica (CEFET); e quanto à categoria administrativa: públicas, privadas e, a partir de 2019, comunitárias, sendo que antes de 2019 já se falava em comunitárias, entretanto, passou a integrar o rol das categorias administrativas previsto no art. 19 da Lei de Diretrizes e Bases (LDB) somente após a redação da Lei 13.868, de 2019.

No Brasil, conforme dados do Censo da Educação Superior de 2018, são 2.537 instituições de ensino superior (IES), sendo 107 universidades públicas (63 federais, 40 estaduais e 4 municipais) e 92 universidades privadas; 230 centros universitários (2 federais, 2 estaduais, 9 municipais e 217 privados); 2.068 faculdades (5 federais, 86 estaduais, 48 municipais e 1.929 privadas) e 40 institutos federais ou centro federal de educação tecnológica. Essas instituições compreendem 8.450.755 matrículas em graduação presencial e a distância,

sendo que a maior parte 52,9% (sendo 20,5% na rede pública e 32,3% na rede privada) está matriculada em universidades (INEP, 2019).

Quanto à categoria administrativa, as IES são classificadas como públicas, privadas e, a partir de 2019, conforme mencionado, também como instituições comunitárias de ensino superior (ICES). As ICES, embora surgidas há mais tempo, tiveram seu marco legal assentado na lei 12.881/2013, após um projeto de lei submetido ao Congresso Nacional em 2010 (TALABIRA, 2015; JURUENA; KLEIN, 2016), intitulado “Projeto de Lei das Comunitárias” (TALABIRA, 2015). Dessa forma, com base no art. 77 da LDB de 1996, elas podem receber recursos que são destinados às instituições públicas, desde que comprovem sua finalidade filantrópica, apliquem seus superávits nelas mesmas, prestem contas ao Poder Público dos recursos recebidos e não distribuam, em hipótese alguma, resultados, dividendos, bonificações ou parcela de seu patrimônio (BRASIL, 1996). Além disso, elas não visam ao lucro, suas mantenedoras não se submetem aos interesses empresariais e sua gestão é democrática e transparente, com dirigentes eleitos pela comunidade acadêmica e com participação, em seus órgãos deliberativos, de representantes de diversas áreas da sociedade civil (SCHMIDT; CAMPIS, 2009).

As ICES formam, atualmente, o maior sistema de educação dos estados de Santa Catarina (SC) e Rio Grande do Sul (RS), elas integram, em SC, a Associação Catarinense das Fundações Educacionais (ACAFE) – foco deste trabalho - e no RS, o Consórcio das Universidades Comunitárias Gaúchas (COMUNG), compostos, no total, por 27 instituições, em sua maioria universidades (LÜCKMANN; CIMADON; BERNART, 2015). Na Acafe, 13 das 16 instituições de ensino superior são comunitárias e três delas são públicas, sendo duas municipais e uma estadual (ACAFE, 2020).

Ao se considerar dados do Censo da Educação Superior de 2018, numa época anterior à lei 13.868, de 2019, na qual se classificavam as IES, quanto à categoria administrativa, apenas como públicas e privadas, e não também como comunitárias (pois as comunitárias estavam dentro das privadas), em Santa Catarina, havia 97 IES, que compreendiam 13 universidades (2 federais, 1 estadual, 1 municipal e 9 privadas); 11 centros universitários (1 municipal e 10 privados); 71 faculdades (1 municipal e 70 privadas) e 2 IF/CEFET. Juntas, essas IES são responsáveis por 366.827 matrículas em graduação, sendo 162.991 em universidades (52.123 em universidades públicas e 110.868 em universidades privadas) (INEP, 2020). Dessas 97 IES

em Santa Catarina, 16 integram a ACAFE, que é responsável por 142.293 matrículas em graduação e pós-graduação. Dessas 16 IES, há 13 instituições de ensino comunitárias, uma universidade estadual, um centro universitário municipal e uma universidade municipal (ACAFE, 2020).

Em se tratando da evolução ao longo do tempo, no ano de 2000, havia 1.180 IES no Brasil. Em 2010, esse número mais que dobrou, de modo a haver 2.378 IES (INEP, 2011). Em 2018, último censo publicado até a escrita desta dissertação, havia 2.537 IES, em sua maior parte, sob a organização acadêmica de faculdades (INEP, 2019). Quanto às matrículas, eram 5.808.017 em 2008, e, em 2018, esse número ascendeu a 8.540.755 em se tratando de graduação, tanto na modalidade presencial, quanto a distância (INEP, 2020).

Assim, ao se considerar a importância da gestão do conhecimento para as instituições de saúde, o egrégio papel das clínicas universitárias e a relevância e o crescimento das instituições que compõem a Acafe em SC, tanto as comunitárias, quanto as da rede pública, torna-se oportuno utilizar como objeto de estudo a mensuração do grau de maturidade em gestão do conhecimento em clínicas universitárias em instituições de ensino superior da Acafe. Logo, a questão a que se refere este trabalho de dissertação de mestrado é: **qual o grau de maturidade em gestão do conhecimento nas clínicas universitárias das instituições de ensino superior do sistema Acafe?**

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Diante do exposto, o objetivo geral desta dissertação é: analisar o grau de maturidade em gestão do conhecimento em clínicas universitárias das instituições de ensino superior do sistema Acafe.

1.1.2 Objetivos Específicos

Para atingir o objetivo geral, elencam-se os seguintes objetivos específicos:

a) Apresentar o contexto universitário das Regiões Geográficas Intermediárias catarinenses.

- b) Caracterizar as clínicas universitárias pertencentes às IES do sistema Acafe;
- c) Descrever o nível de maturidade de GC nas clínicas de saúde das IES do sistema Acafe.
- d) Identificar pontos fortes e oportunidades de melhoria da gestão do conhecimento das clínicas de saúde das IES do sistema Acafe.

1.2 JUSTIFICATIVA

Ainda que as empresas não saibam exatamente o que é gestão do conhecimento, muitas organizações utilizam ferramentas relacionadas a ela. Por conta disso, é elementar avaliar a GC a fim de que haja uma implantação eficaz (FREIRE *et al.*, 2013). Além disso, um fator influente na seleção de estratégias de GC é medir e identificar a condição da maturidade em conhecimento de uma organização (TSAKALIDIS; GKOUMAS; PEKÁR, 2020).

Nenhum sistema que visa a avaliar a gestão do conhecimento será útil se não puderem os seus dados e os seus resultados serem comparados com os de outras instituições de saúde. Assim sendo, incumbe ao gestor de cada instituição de saúde comparar tanto os dados atuais com os de anos anteriores de sua própria instituição, quanto com os dados de instituições congêneres, de maneira que a avaliação da GC seja adaptada para o usuário fim. Assim, o gerenciamento das informações deve ser focado no fluxo, na mudança e no controle do conhecimento (COLAUTO; BEUREN, 2003).

Fenômenos econômicos e sociais, de abrangência mundial, influenciam diretamente nas organizações, inclusive nas instituições de saúde. É fato que a globalização da economia é estimulada pelas tecnologias de informação e comunicação (ROCHA *et al.*, 2012; CICONE *et al.*, 2015) e é nesse ponto que a gestão do conhecimento surge como um recurso estratégico para a vida das instituições de saúde e das pessoas que nelas trabalham (ROCHA *et al.*, 2012).

No atual contexto, exige-se que as empresas de saúde atuem com tecnologias cada dia mais avançadas e que seus profissionais sejam continuamente qualificados. Assim sendo, a gestão do conhecimento torna-se imprescindível para o aumento da eficiência na gestão das organizações (CICONE *et al.*, 2015).

É pertinente o estudo de gestão do conhecimento em instituições de saúde, posto que existe uma escassez na área. Ainda que possam ser raras as instituições que tenham um modelo

estruturado de GC implantado, mas certamente todas terão práticas em seu âmbito (CRUZ; FERREIRA, 2016). Além disso, é importante descrever o grau de maturidade em gestão do conhecimento, assim como, identificar pontos fortes e oportunidades de melhoria, pois a partir disso é que a instituição poderá justificar a importância da gestão do conhecimento, tornando-se possível identificar as principais lacunas de conhecimento estratégico (BATISTA, 2012).

Ferreira (2018) analisou as práticas de gestão do conhecimento que colaboram com a criação do conhecimento em uma clínica escola na área da saúde. No seu caso, o objeto de estudo pertencia a uma universidade pública e foi analisado com profundidade por se tratar de um único local. Dessa forma, a autora sugere a generalização, de forma que a análise da gestão do conhecimento seja feita em outras clínicas escola da área da saúde, respeitando as particularidades de novos contextos.

Desse modo, este trabalho contribuiu ao caracterizar as clínicas universitárias de saúde, apresentando um levantamento geral e atualizado, e ao apresentar o contexto universitário da Acafe. Além disso, este estudo contribuiu ao descrever o nível de maturidade em gestão do conhecimento dessas clínicas, ao se considerar que são poucos os estudos dessa matéria em organizações de saúde, e, ao apresentar pontos fortes e oportunidades de melhoria, este trabalho suscita possibilidades de reflexão acerca da gestão de clínicas de saúde, tanto para os coordenadores de clínicas, quanto para os administradores universitários.

Este trabalho é relevante, ao se considerar: a importância das instituições de ensino superior da Acafe, tanto as comunitárias quanto as públicas; o conceito das clínicas universitárias, que realizam atendimento, de forma gratuita ou com valores menores, a milhares de pessoas da comunidade que vivem no seu entorno; e a gestão do conhecimento voltada a serviços de saúde, mais especificamente a clínicas universitárias.

1.4 ESTRUTURA DO TRABALHO

Os próximos capítulos desta dissertação abordam, na parte 2, a fundamentação teórica: a educação superior em Santa Catarina, que abarca as universidades, os centros universitários e as faculdades, bem como as instituições públicas, as privadas e as comunitárias; a gestão do conhecimento como um todo, bem como a sua aplicação voltada a serviços de saúde em contexto geral; no capítulo 3, a metodologia, que explica como a pesquisa foi realizada; no

capítulo 4, a apresentação dos resultados; no capítulo 5, as considerações finais, que sugerem possibilidades de estudos futuros; e, por fim, as referências utilizadas.

1.3 ADERÊNCIA AO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TECNOLOGIAS DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO

O Programa de Pós-Graduação em Tecnologias da Informação e Comunicação (PPGTIC) é um programa interdisciplinar que está estruturado na área de concentração de “Tecnologia e Inovação”. Dessa forma, nele há três linhas de pesquisa: (i) Tecnologia Educacional; (ii) Tecnologia Computacional; e (iii) Tecnologia, Gestão e Inovação.

É na linha de pesquisa “Tecnologia, Gestão e Inovação” que a presente dissertação se encaixa, de forma a contribuir para o desenvolvimento de pesquisas interdisciplinares junto ao Programa. Assim sendo, como a pesquisa visa a analisar o grau de maturidade em gestão do conhecimento em clínicas universitárias de saúde das instituições de ensino superior a Acafe, ela contribuiu para o desenvolvimento de estudos relacionados à área de gestão do conhecimento e à gestão de clínicas universitárias.

Em se tratando das dissertações já desenvolvidas no PPGTIC com a temática “Gestão do Conhecimento”, identificou-se um trabalho publicado (PINHEIRO 2018), intitulado “Práticas de gestão do conhecimento nas bibliotecas integradas de uma organização intensiva em conhecimento”. Em relação aos temas que tangenciam esta dissertação - maturidade de gestão do conhecimento, clínicas universitárias, administração universitária, Instituições Comunitárias de Ensino Superior – foram identificados, dentre as 83 dissertações publicadas no Programa até então, mais 4 trabalhos desenvolvidos por egressos do PPGTIC, totalizando cinco estudos os quais estão apresentados no Quadro 1.

Quadro 1 – Dissertações do PPGTIC relacionadas ao tema.

Autor	Título	Ano
LEOPOLDO, Joana Fenali	Sistemas de acompanhamento de egressos do ensino superior: uma análise sob a ótica de atores institucionais	2019
PINHEIRO, Michelle	Práticas de gestão do conhecimento nas bibliotecas integradas de uma organização intensiva em conhecimento.	2018
LAVECHIA, Janine de	Compartilhamento do conhecimento em uma organização intensiva em conhecimento.	2018

Continua.

Cont. quadro 1.

ROQUE, Gabriela Rocha	Compartilhamento de conhecimento interorganizacional: um estudo de caso das práticas e iniciativas no âmbito do projeto VISIR+	2017
D'AVILA, Jones Costa	Fatores que influenciam o desenvolvimento de inovação sob a luz da teoria da Tríplice Hélice.	2016

Fonte: Elaborado pelo autor (2020).

O trabalho de Leopoldo (2019) teve como objetivo analisar os sistemas de acompanhamento de egressos de curso de graduação de instituições federais de ensino superior, por meio de atores desta rede. Pinheiro (2018) objetivou investigar como as práticas de gestão do conhecimento podem contribuir para aprimorar a gestão das bibliotecas integradas em uma organização intensiva em conhecimento Lavechia (2018) teve como objetivo compreender como uma Organização Intensiva em Conhecimento e seus parceiros realizam o Compartilhamento do Conhecimento. Já o trabalho de Roque (2017) teve como objetivo compreender como um laboratório analisado, adotou práticas e iniciativas que promovem o compartilhamento de conhecimento. E, por último, o trabalho de D'Avila objetivou identificar quais são os fatores que influenciam o desenvolvimento de inovação baseada no conhecimento sob a luz da teoria da Tríplice Hélice. Assim, apesar de a temática desses trabalhos citados não possuir relação direta com a presente pesquisa, são temáticas as quais tangenciam o presente estudo.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Este tópico apresenta a base teórica que fundamenta esta dissertação. Inicialmente, apresenta-se um panorama geral da situação atual da educação superior em Santa Catarina, de forma que fique clara a classificação das instituições de ensino superior quanto à organização acadêmica (universidades, centros universitários e faculdades) e quanto à categoria administrativa (privadas, públicas e comunitárias). Além disso, evidencia-se a quantidade de matrículas e de instituições de ensino superior com o passar do tempo. Outrossim, explicita-se a relevância das instituições que compõem a Acafe, as instituições comunitárias, principalmente no contexto catarinense, e as clínicas universitárias, também chamadas de clínicas escola, policlínicas, ambulatórios, serviços, entre outras formas. Enfim, é apresentado o tópico de gestão do conhecimento, que aborda os modelos de maturidade e as suas principais características, a fim de fundamentar o questionário que ajuda atingir os objetivos deste trabalho.

2.1 A EDUCAÇÃO SUPERIOR EM SANTA CATARINA

2.1.1 Santa Catarina, as IES Comunitárias e o Sistema ACAFE

Conforme Trevisol e Bastiani (2020), em Santa Catarina, o primeiro curso de educação superior foi implantado em 1917, na cidade de Florianópolis. Além disso, outro marco importante na história da educação superior catarinense foi a criação da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), em 1960, pelo então presidente Juscelino Kubitschek. No entanto, segundo Bastiani, Trevisol e Pergoraro (2018), havia movimentos de lideranças políticas municipais, sociedades empresariais e comunidade que pediam a implantação de IES nas áreas interiorizadas, pois até então a educação superior estava somente na capital. Ainda que houvesse mobilizações para a implantação de IES estaduais e federais nas regiões interiorizadas, não houve recursos suficientes que viabilizassem isso. Assim, ao se considerar essas pressões, houve diversas ações e políticas do governo estadual para incentivar a expansão do ensino superior por meio de fundações de direito privado. Isso viabilizou a criação de

diversos cursos de nível superior em áreas de interior, que, com o passar do tempo, vieram a integrar o sistema de educação superior.

Dessa forma, essas fundações de direito privado foram criadas, majoritariamente, pelo Poder Público municipal e foram as responsáveis pelos primeiros cursos de graduação em diversas cidades de SC. Desse modo, elas foram as principais responsáveis pela expansão do ensino superior no estado. Posteriormente, elas vieram a dar origem ao que seria chamado de universidades comunitárias (BASTIANI; TREVISOL; PEGORARO, 2018).

Como as fundações eram públicas, mas de direito privado, a cobrança de mensalidades tornou-se possível, de forma a se consolidar como a sua principal forma de financiamento (TREVISOL; BASTIANI, 2020). Assim sendo, Tabalipa (2015) refere que essas instituições são respaldadas pelo art. 242 da CF, que afirma que a gratuidade do ensino público em estabelecimentos oficiais “não se aplica às instituições educacionais oficiais criadas por lei estadual ou municipal e existentes na data da promulgação desta Constituição, que não sejam total ou preponderantemente mantidas com recursos públicos” (BRASIL, 1988).

Com o crescimento do número de fundações, em 1974 é criada a ACAFE, com sede em Florianópolis – SC e que, atualmente, concentra 16 instituições, que estão distribuídas por todo o estado (LIMA, 2009). Assim, a ACAFE é uma sociedade civil sem fins lucrativos, formada por 16 fundações educacionais, sendo 11 universidades e 5 centros universitários e congrega instituições do estado de SC, criadas por lei pelos poderes públicos estadual ou municipais, cujo objetivo é a promoção do intercâmbio administrativo, técnico e científico entre as IES, em busca da solução de problemas comuns nas áreas de ensino, pesquisa, extensão e administração (ACAFE, 2020). A data de criação das fundações pode ser acompanhada na Tabela 1.

Tabela 1 - Fundações de Santa Catarina.

Sigla	Instituição	Município	Data da criação
FESSC	Fundação Educacional do Sul de Santa Catarina – Unisul	Tubarão	1964
FURB	Fundação Educacional da Região de Blumenau	Blumenau	1964
UDESC	Fundação Universidade do Estado de Santa Catarina	Florianópolis	1965
FESC	Fundação do Estado de Santa Catarina	Florianópolis	1965
FURJ	Fundação Joinvillense de Ensino	Joinville	1965
UNIPLAC	Fundação das Escolas Unidas do Planalto Catarinense	Lages	1965
FEDAVI	Fundação Universidade para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí – Unidavi	Rio do Sul	1966
FUCRI	Fundação Educacional de Criciúma	Criciúma	1968
FUOC	Fundação Universitária do Oeste Catarinense – Unoesc	Joaçaba	1968

Continua.

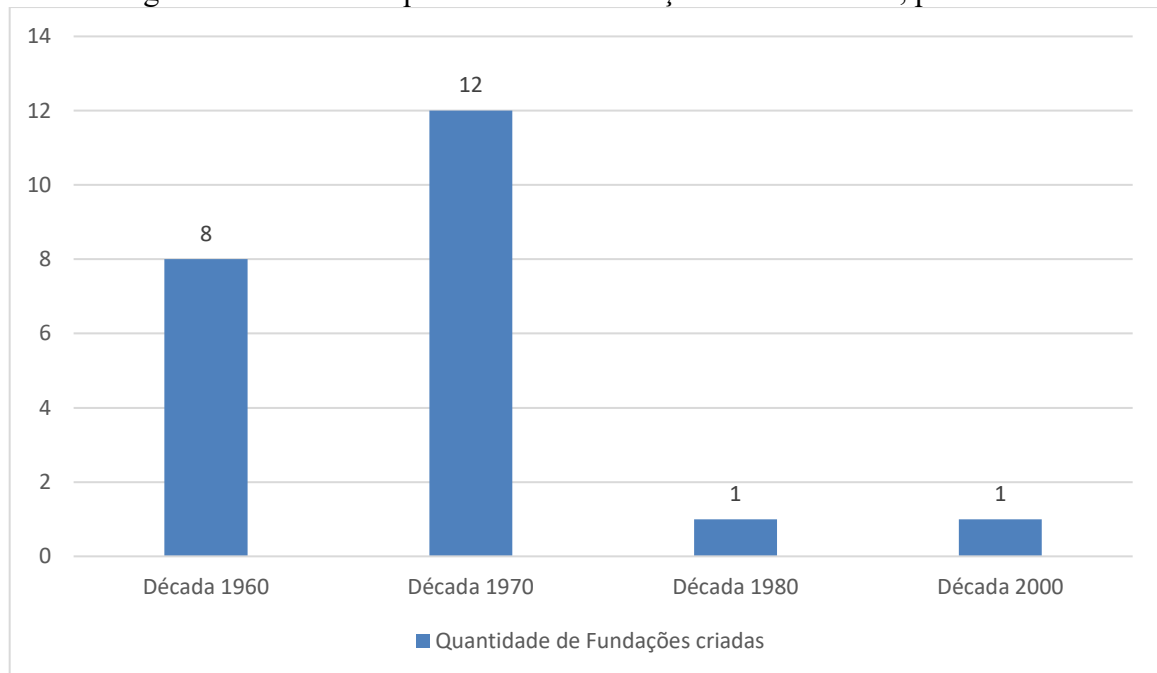
Cont. Tabela 1.

FUNPLOC	Fundação Educacional do Planalto Norte Catarinense – UnC	Canoinhas	1970
FEPEVI	Fundação de Ensino do Pólo Geoeducacional do Valo do Itajaí – Univali	Itajaí	1970
FUNDESTE	Fundação Universitária do Desenvolvimento do Oeste – Unochapecó	Chapecó	1971
FEMARP	Fundação Educacional e Empresarial do Alto Vale do Rio do Peixe	Videira	1971
FEARPE	Fundação Educacional do Alto Vale do Rio do Peixe – UnC	Caçador	1971
FUNORTE	Fundação Educacional do Norte Catarinense – UnC	Mafra	1971
FEBE	Fundação Educacional de Brusque – Unifebe	Brusque	1973
FEBAVE	Fundação Educacional Barriga Verde – Unibave	Orleans	1974
FUNESC	Fundação Educacional do Extremo Oeste de Santa Catarina	São Miguel do Oeste	1974
FEAUC	Fundação Educacional do Alto Uruguai Catarinense - UnC	Concórdia	1976
FEPLAC	Fundação Educacional do Planalto Catarinense - UnC	Curitibanos	1976
FERJ	Fundação Educacional Regional Jaraguense	Jaraguá do Sul	1976
FEMAI	Fundação Educacional dos Municípios do Alto Irani	Xanxerê	1986
FUNDESJ	Fundação Educacional de São José - USJ	São José	2005

Fonte: Elaborado pelo autor, com base em Uniplac (2020b); Criciúma (1968); Unoesc (2020c); São Miguel do Oeste (1974); USJ (2005); Bastiani, Trevisol e Pegoraro (2018).

Com base na Tabela 1, nota-se o crescimento do número de fundações ao longo do tempo. Sendo oito na década de 1960, doze na década de 1970, uma na década de 1980 e uma nos anos 2000, conforme apresenta também na Figura 1. Sabendo que várias dessas fundações apresentadas iniciaram suas atividades como faculdades isoladas, com poucos cursos de graduação, e foram ascendendo com o passar do tempo. Além disso, Bastiani, Trevisol e Pegoraro (2018) afirmam que a Universidade para o Desenvolvimento do Estado de Santa Catarina (UDESC) é a única instituição que pertence ao sistema e, no entanto, oferece educação superior gratuita, pois até 1989, com o advento da nova Constituição Estadual de SC, ela era mantida como as demais: cobrando mensalidades. A partir da nova Constituinte, ela se tornou uma instituição de direito público. Acrescenta-se que a USJ também não cobra mensalidade.

Figura 1 - Gráfico da quantidade de Fundação criadas em SC, por década



Fonte: Elaborado pelo autor, com base em Uniplac (2020b); Criciúma (1968); Unoesc (2020c); São Miguel do Oeste (1974); Bastiani, Trevisol e Pegoraro (2018).

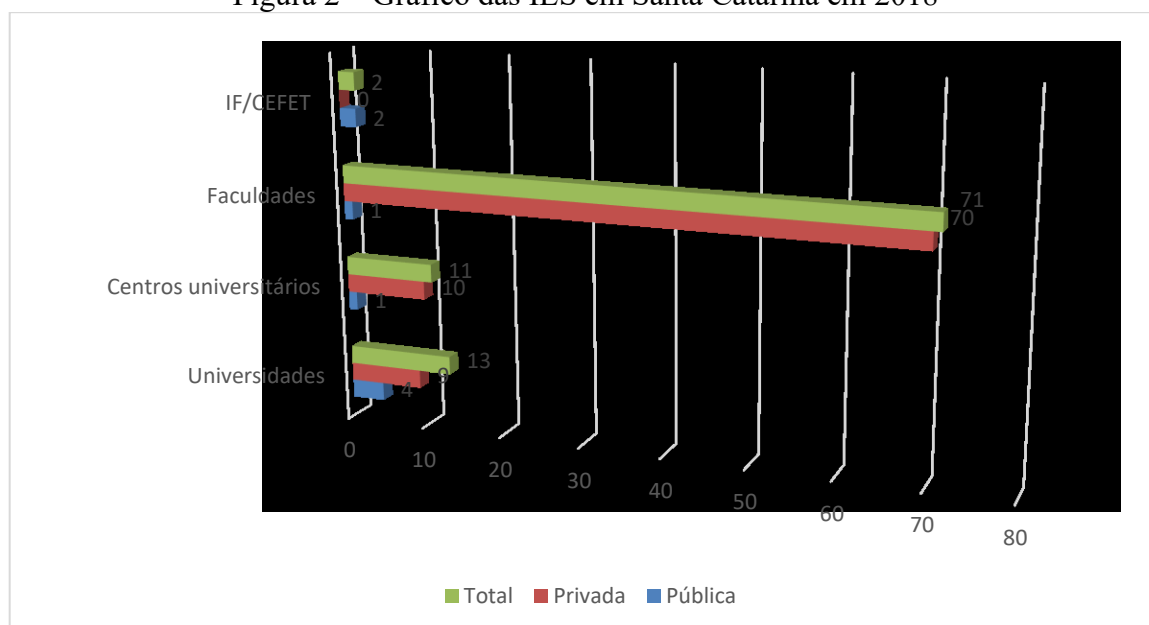
Conforme informam os autores Bastiani, Trevisol e Pegoraro (2018) e Schmidt (2010), essas fundações de direito privado vieram a dar origem às instituições comunitárias de ensino superior, com o objetivo da interiorização do ensino superior, pois naquela época a educação superior era ofertada somente na capital do estado ou nos estados vizinhos: Paraná e Rio Grande do Sul. Na década de 1970, uma melhora na economia do país ocasionou o crescimento da demanda de ensino superior e o aumento do orçamento da União destinado à educação. Em 1960, havia 95.961 alunos matriculados, no país, no ensino superior, em 1980, 134.500. Dessa forma, atribui-se esse aumento da demanda ao crescimento das camadas médias e às novas oportunidades de ofício, e, na medida em que o setor público não se preparou para esse momento de ascensão do consumo do ensino superior, o setor privado acabou por absorvê-lo, pois se preocupou com ofertas de cursos de baixo custo e menores exigências acadêmicas, inclusive acerca do processo de ingresso do aluno (SANTOS; CERQUEIRA, 2009). Volpato (2011) acrescenta que essa expansão fez com que mais da metade dos alunos matriculados em 1980 estivesse em instituições de ensino superior isoladas, sendo 86% em faculdades privadas.

A história das ICES é continente à das fundações, pois a maior parte delas, como foi visto, evoluiu para instituições comunitárias. Conforme explicam Lückmann, Cimadon e Bernart (2015), as primeiras experiências de implantação das ICES aconteceram nos estados de

Santa Catarina e Rio Grande do Sul na década de 1950, e, atualmente, esse tipo de instituição forma o maior sistema de educação dos dois estados. Assim, em SC, existe a ACADE, que foi criada em 1974, e, no RS, o Consórcio das Universidades Comunitárias Gaúchas (COMUNG), instituído em 1996. As duas associações compreendem 27 IES, em sua maioria, universidades e vinculam-se à Associação Brasileira das Universidades Comunitárias (ABRUC), que abarca, além de instituições comunitárias e públicas, as IES confessionárias, que são ligadas a instituições religiosas.

Assim, o modelo fundacional foi hegemônico até os anos 2000, momento em que passa a suceder a expansão das IES privadas com fins lucrativos e também das IES públicas (BASTIANI; TREVISOL; PEGORARO, 2018). Segundo o INEP (2020), em 2018, havia 97 IES no estado de SC, sendo 9 instituições públicas e 89 privadas. Das públicas, 4 eram universidades, 1, centro universitário, 1, faculdade e 2, IF/CEFET. Enquanto isso, na categoria acadêmica privada, havia 9 universidades, 10 centros universitários e 70 faculdades, conforme apresenta o gráfico da Figura 2.

Figura 2 – Gráfico das IES em Santa Catarina em 2018

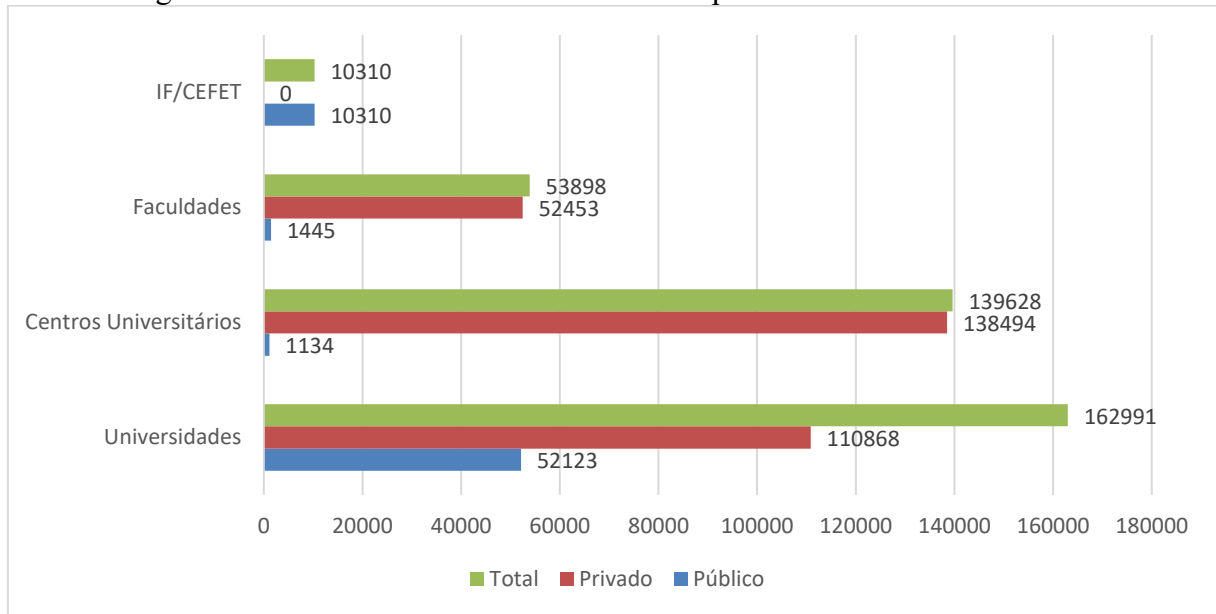


Fonte: Elaborado pelo autor, com base em INEP (2020).

Em se tratando de matrículas, em dados de 2018, o Sul era a terceira região com o maior número de alunos no ensino superior, com 1.428.909; e Santa Catarina, o 7º estado, com 366.827 alunos matriculados. Desse quantitativo de Santa Catarina, a maior parte está

concentrada em universidades de direito privado (INEP, 2020), conforme apresenta o gráfico da Figura 3.

Figura 3 – Gráfico de matrículas de ensino superior em IES de SC em 2018



Fonte: Elaborado pelo autor, com base em INEP (2020).

Há de se ressaltar que nem todas as instituições do sistema ACADE estão sob a categoria administrativa de comunitárias, pois a UDESC é pública, criada pelo governo estadual, o Centro Universitário Municipal de São José e a FURB são públicos e municipais. A Tabela 2 apresenta quais instituições integram o sistema ACADE atualmente, com os seus respectivos números de matrícula em graduação presencial e EAD, no ano de 2018.

Tabela 2 – Instituições que compõem a ACADE e suas matrículas em graduação em 2018

	Graduação presencial	Graduação EAD	Total
Católica de Santa Catarina	1.851	215	2.066
Furb	7.833	6	7.839
Udesc	11.322	994	12.316
Universidade do Contestado	5.937	715	6.652
Unesc	9.364	6	9.370
Uniarp	2.991	141	3.132
Unibave	*	*	*
Unidavi	2700	0	2700
Unifebe	2.238	16	2.254
Uniplac	3.296	0	3.296
Unisul	15.407	4.668	20.075
Univali	17.463	911	18.374
Univille	6.661	36	6.697

Continua.

Cont. Tabela 2.

Unochapecó	6.518	315	6.833
Unoesc	14.199	159	14.358
Centro Universitário Municipal de São José	1.134	0	1.134
Total	108.914	8.182	117.096

* Informações não obtidas.

Fonte: elaborado pelo autor, com base em Acafe (2020) e Inep (2020).

O número de matrículas no sistema ACAFE corresponde a, aproximadamente, 39% do total de matrículas no ensino superior em SC e pós-graduação, conforme dados da Acafe (2020). Em graduação, são aproximadamente 117.096 (31,92%), conforme Acafe (2020) e Inep (2020), posto que de uma instituição não foi obtido o dado. Além disso, ao desconsiderar as três instituições do sistema ACAFE que não estão classificadas sob a categoria administrativa de comunitárias, nota-se que há 95.807 (26,12%) matrículas em instituições comunitárias de SC e 117.096 (31,92%) em graduação no sistema Acafe, conforme consta na Tabela 3.

Tabela 3 – Matrículas em 2018 em SC: geral, ACAFE e comunitárias

	Total	Total (%)
Total de matrículas em nível superior em SC	366.827	100%
Total de matrículas em instituições que compõem a ACAFE, incluindo pós-graduação	142.000*	38,71%
Total de matrículas em graduação em SC, no sistema ACAFE	117.096	31,92%
Total de matrículas em instituições comunitárias da ACAFE	95.807	26,12%

* Dados aproximados.

Fonte: Acafe (2020); INEP (2020).

Ademais, além de se considerar a quantidade de alunos que estão matriculados em instituições comunitárias, é importante ressaltar a importância delas para o desenvolvimento das regiões em que estão instaladas. Goebel e Miura (2004) ressaltam que as ICES estão instaladas, na maioria das vezes, em cidades de pequeno e médio porte e movimentam a economia desses locais ao contratar funcionários, realizar obras, comprar equipamentos, contratar serviços de manutenções, etc., o que faz com que haja circulação da renda local e regional e, conseqüentemente, contribui para o desenvolvimento regional.

Assim sendo, para Gumbowaky (2014), outra forma de promover o desenvolvimento regional donde as ICES estão inseridas é por meio da movimentação das atividades comerciais locais, devido ao aumento do consumo gerado por alunos, docentes e funcionários, bem como das atividades imobiliárias que acontecem no entorno delas. Conseqüentemente, segundo Paim

(2017), há impactos nos governos locais, que aumentam a sua arrecadação, além da maior demanda por bens públicos e infraestrutura, e impacto no ramo empresarial, pois acontece uma maior demanda por consumo nas empresas locais, o que por sua vez também aumenta a concorrência de mercado.

Assim, em 2010, foi submetido ao Congresso Nacional o Projeto de Lei nº 7.639, conhecido como “Projeto de Lei das Comunitárias”, de autoria da Deputada Federal Maria do Rosário, do Partido dos Trabalhadores, que chega a se tornar a Lei Ordinária 12.881, de 12 de novembro de 2013, que dispõe sobre definição, qualificação, prerrogativas e finalidades das ICES. Esse foi um marco jurídico que possibilitou que as instituições de direito privado que prestassem serviços de educação de forma filantrópica participassem de editais para receberem recursos públicos originariamente destinados a IES públicas (TALABIRA, 2015).

Além disso, o art. 19 da LDB de 1996, reconhece, a partir da redação incluída pela Lei 13.868, de 2019, as instituições comunitárias como umas das categorias administrativas:

Art. 19. As instituições de ensino dos diferentes níveis classificam-se nas seguintes categorias administrativas:

I - públicas, assim entendidas as criadas ou incorporadas, mantidas e administradas pelo Poder Público;

II - privadas, assim entendidas as mantidas e administradas por pessoas físicas ou jurídicas de direito privado.

III - comunitárias, na forma da lei. (Incluído pela Lei nº 13.868, de 2019) (BRASIL, 1996).

A partir de 2019, então, as instituições de ensino superior, quanto à categoria administrativa, não mais são classificadas apenas como privadas e públicas, mas também agora como uma terceira classificação: comunitárias. Pois até então, ainda que já fossem IES comunitárias por conta da Lei 12.881/2013, elas estavam incluídas no rol das privadas, na medida em que eram mantidas por fundações de direito privado e existia a cobrança da mensalidade. Schmidt e Campis (2009) evidenciam o papel das ICES ao referir que elas estão direcionadas a suprir a carência do ensino superior advinda da incapacidade do Estado de suprir essa necessidade. Ademais, os autores elencam algumas das principais características das ICES:

- São instituídas a partir de uma iniciativa de organizações da sociedade civil ou do poder público
- São constituídas sob a forma de fundação de direito privado
- Não visam ao lucro
- Suas mantenedoras não se subordinam a interesses empresariais

- Eventuais superávits são reinvestidos na própria instituição
- Em caso de encerramento das atividades, o seu patrimônio não é particular e, portanto, é destinado à instituição congênere
- Gestão democrática e transparente, com a participação, em seus órgãos deliberativos, de membros da comunidade interna e de diversos representantes de diferentes áreas da sociedade civil
- Obrigatoriedade de prestação de contas à sociedade e ao Poder Público
- Seus dirigentes são eleitos pela comunidade acadêmica e por representantes da comunidade regional
- Possuem uma ligação com a comunidade em que estão inseridas, de forma a participar no desenvolvimento regional.

Vannucchi (2011) refere que as ICES pertencem à comunidade e sua missão se concretiza quando acontece a interação com o meio comunitário. Além disso, os seus próprios representantes das instituições também pertencem à comunidade. Ademais, elas são mantidas por uma pessoa jurídica de direito privado e executam um serviço público não estatal.

Além disso, a LDB de 1996 prevê, em seu art. 70, que as instituições comunitárias podem receber recursos do Poder Público, desde que: comprovem o seu caráter filantrópico, sendo defeso distribuir lucros, bonificações, participações ou parcelas de seu patrimônio sob nenhuma forma ou pretexto; além disso, devem aplicar seus superávits na própria instituição; assegurar, em caso de encerramento das atividades, a destinação de seu patrimônio a outra instituição de mesmo caráter ou ao Poder Público; e prestar contas ao Poder Público dos recursos recebidos (BRASIL, 1996).

A lei que dispõe sobre definição, qualificação, prerrogativas e finalidades das ICES é a Lei 12.881, de 12 de novembro de 2013. Em seu texto, ela deixa clara a importância das ICES para a sociedade ao dizer que: elas têm prerrogativas para receber recurso público para o desenvolvimento de atividades de interesse público; além disso, devem ser alternativas na oferta de serviços públicos em casos que eles não são proporcionados diretamente pela administração pública; e devem ter característica de ofertar serviços gratuitos à comunidade, à proporção dos recursos recebidos pelo Poder Público. Ademais, as ICES também podem participar de editais governamentais direcionados às instituições públicas e podem ser constituídas sob a forma de fundação de direito privado ou associação (BRASIL, 2013).

O autor Schmidt (2018) diz que as IES comunitárias desempenham um papel relevante na comunidade em que estão inseridas por meio de:

- Formação de recursos humanos qualificados
- Atendimento às demandas do Poder Público e da sociedade
- Cooperação com as empresas
- Atração de novos investimentos ao local em que estão inseridas
- Estimulação a novos negócios
- Disseminação de conhecimento relevante
- Desenvolvimento de pesquisas vinculadas às necessidades da região
- Fortalecimento do senso de democratização, por meio do exemplo de gestão participativa e transparente.

Além disso, o autor busca sintetizar as principais diferenças entre as IES públicas, as privadas e as comunitárias, conforme é apresentado no quadro 2.

Quadro 2 – Principais diferenças entre IES públicas, comunitárias e privadas

	Públicas	Comunitárias	Privadas
Criação	Governo Federal, estadual ou municipal	Entidades e lideranças da sociedade civil	Grupo privado (empresarial ou familiar)
Responsabilidade pela manutenção	União, estados e municípios	Entidades da sociedade civil e entes do poder público local	Grupo privado (empresarial ou familiar)
Natureza e finalidade	Público estatal	Pública não estatal	Privada
Destinação dos resultados econômicos	Reinvestimento na universidade	Reinvestimento na universidade	Apropriação privada
Forma de escolha dos dirigentes	Nas IFES, a nomeação é pelo Presidente da República, a partir de lista tripartite	Eleição (em certas instituições) ou nomeação pela mantenedora (em outras)	Nomeação pela mantenedora
Tipo de pessoa jurídica	Pessoa jurídica de direito público	Pessoa jurídica de direito privado	Pessoa jurídica de direito privado
Forma de constituição	Autarquia ou fundação pública	Mantida por associação ou fundação de direito privado	Mantida por sociedade empresária (anônima ou limitada)
Amparo constitucional	Art. 206, 207 e 2011	Art. 205 e 213	Art. 205 e 209

Fonte: adaptado de Schmidt (2018).

Pode-se verificar, com base no quadro 2, que as IES comunitárias possuem características tanto das instituições privadas quanto das públicas. Ademais, ainda que na lei não esteja exposto desta forma, segundo Lückmann, Cimadon e Bernart (2015), as ICES podem

também ser classificadas como de caráter público não estatal, pois o seu patrimônio tem origem e destinação pública, o que descarta qualquer possibilidade de apropriação privada. Por outro lado, quando se adota uma visão reducionista e simplificada, de modo a considerar que todas as instituições que cobram mensalidade devem ser consideradas como privadas, então assim surge esse conceito “público não estatal”. Mas ainda assim, deve-se considerar o caráter público em seu sentido *lato*, sendo público enquanto espaço social e coletivo.

Segundo Schmidt (2018), o termo público não estatal não está na lei, porque isso vai além do âmbito da educação superior. Na ordem legal brasileira, o conceito de público vai ao encontro do *modus operandi* da administração pública e à sua burocracia estatal, mas é incompatível com instituições do terceiro setor, como as instituições comunitárias de ensino superior. Assim, não convém carregar óbices burocráticos inerentes à administração pública para as ICES, na medida em que um dos maiores benefícios do setor público não estatal está em responder às necessidades da sociedade num ritmo ágil, diferente daquele presente em órgãos estatais.

Assim, neste tópico foi evidenciada a importância das instituições de ensino superior da Acafe para o desenvolvimento social, econômico, cultural e científico da região em que estão inseridas, bem como da educação superior no estado de Santa Catarina, englobando, também, as instituições comunitárias que dela fazem parte. Isso reflete, também, de certa forma, em âmbito nacional, em se tratando do desenvolvimento do país. Dessa forma, foi, também, apresentada a quantidade de matrículas que está concentrada nessas instituições, que correspondem a mais de 31% do total de matrículas em ensino superior em SC.

2.2 CLÍNICAS UNIVERSITÁRIAS EM SAÚDE

As clínicas universitárias são ligadas aos cursos de graduação da área da saúde e é o local em que alunos realizam a prática da profissão que escolheram seguir, mediante supervisão de seus professores. Os seus atendimentos, em maioria, são gratuitos, mas existe a possibilidade de cobrança direta ao paciente ou por convênios com o Poder Público. Quando gratuitos, são custeados em sua maior parte, ou inteiramente, pela própria instituição de ensino a que correspondem.

Há de se considerar que os serviços de saúde devem atender todas as pessoas que os procuram, de forma a garantir a acessibilidade universal (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999). No entanto, o Sistema Único de Saúde não conseguiria suprir toda a demanda de serviços de saúde se não fosse o setor privado (ZIROLDO; GIMENES; CASTELO JR, 2013). Assim sendo, considera-se que uma universidade, por meio da extensão realizada por uma clínica escola, ao abrir as portas para a comunidade, receber os pacientes, efetuar atendimentos gratuitos e aplicar o conhecimento gerado em sala de aula por intermédio das consultas e dos procedimentos realizados – todos envolvendo alunos – contribui para esse contexto (ZILLI *et al.*, 2017).

Além disso, elas assumem diversos nomes, a depender da instituição. As mais comuns denominações são: policlínica, ambulatório, clínica escola, clínica integrada. Mas também há instituições que as chamam de “serviços” e dentro de uma única IES existem vários deles, como o “serviço de psicologia”, o “serviço de fisioterapia”, entre outros, podendo uma instituição ter mais de uma clínica, dependendo da quantidade de cursos de graduação na área da saúde que possui ou apenas uma única clínica que absorve todos os cursos simultaneamente em seu espaço.

Essas clínicas universitárias servem de local para que os alunos da graduação façam seus estágios obrigatórios e não obrigatórios, de modo a realizar, em alguns casos, dependendo do porte da instituição, mais de uma centena de milhar de atendimentos à comunidade anualmente.

Assim sendo, as clínicas universitárias são uma via de mão-dupla para a instituição de ensino superior, pois o acadêmico tem o seu aprendizado e o usuário final tem o atendimento de qualidade, realizado por alunos supervisionados por profissionais especialistas, mestres e doutores em suas respectivas áreas. Amaral *et al.* (2012) informam que um serviço escola tem a finalidade de atender à necessidade do curso de graduação, aplicando as técnicas aprendidas na sala de aula, e desenvolvem um importante papel social ao atender à comunidade.

Por pertencerem a instituições de ensino, elas são regidas pelo seu calendário acadêmico. A questão financeira é um fator importante que leva as pessoas a procurarem esse tipo de serviço, pois o custo é muito menor e existe uma garantia de qualidade, pois todos os atendimentos são supervisionados por professores, que estão na vanguarda do conhecimento, tanto no que diz respeito a técnicas quanto materiais, sendo esses docentes conhecedores dos tratamentos mais eficazes e inovadores, ainda que, muitas vezes, a capacidade de respostas

dessas clínicas às necessidades da população não seja tão rápida, por conta do próprio calendário acadêmico (MIGUEL, 2019).

Diante do exposto, esta dissertação buscou utilizar as clínicas universitárias das instituições de ensino superior da Acafe – intituladas muitas vezes por “serviços”, policlínica, ambulatório, clínica escola – como objeto de estudos, diante da relevância aqui apresentada. No próximo item, abordar-se-á a gestão do conhecimento, que servirá como subsídio para a formulação do questionário correspondente à pesquisa desta dissertação.

2.3 CONHECIMENTO E GESTÃO DO CONHECIMENTO

Davenport e Prusak (1998) definem o conhecimento como a mistura dos valores, da informação com contexto, dos *insights* experimentados e da experiência condensada, cuja origem esteja na mente dos indivíduos e a modificação, no seu uso. Desse modo, a informação que é nos oferecida se torna conhecimento, a depender do ponto de vista individual. Lara (2004) informa haver muitos significados de conhecimento, dentre os quais: ato de conhecer, ideia ou noção, informação, notícia, experiência, instrução, etc.

Probst, Raub e Romhardt (2008) informam que o conhecimento é um conjunto de fatores incluindo cognição e habilidades que as pessoas usam para a resolução de problemas, incluindo teoria e prática, regras e instruções de como agir, de forma a se basear em dados e informações.

É sutil diferença entre dados, informação e conhecimento, no entanto, é obrigatória para o melhor entendimento do que vem a ser GC (MALLMANN, 2015). Consideram-se dados os fatos novos; informação, o conjunto de dados de forma organizada; e conhecimento, informação que possui sentido (BHATT, 2002). Além disso, Mussak (2003) diz que o conhecimento é uma informação que tem significado, e ele é perecível, de forma a se deteriorar quando não utilizado e a se desvalorizar quando não aumentado ou reciclado. Assim sendo, as pessoas devem se lembrar que as competências do mundo em que vivem são alicerçadas pela denominada sociedade do conhecimento.

Conhecimento consiste em documento, texto, exemplo, norma, hipótese, etc. que tenha a possibilidade de expandir o entendimento e o desempenho acerca de determinado saber ou disciplina (ROQUE, 2017). O Quadro 3 apresenta um conjunto de conceitos de conhecimento.

Quadro 3 – Conceitos de conhecimento.

Autor(es)	Conceito
Davenport e Prusak (1998)	Mistura de valores, de informação com contexto, de <i>insights</i> já vivenciados, cuja origem se encontre na mente indivíduo, e a modificação, no seu uso.
Bhatt (2001)	Informação que tenha sentido.
Mussak (2003)	Informação com significado, que se deteriora se não utilizada e se desvaloriza, se não aumentada ou reciclada.
Lara (2004)	Ato de conhecer, ideia, noção, informação, notícia, experiência, etc.
Probst, Raub e Romhardt (2008)	Conjunto de fatores que incluem cognição e habilidades as quais as pessoas usam a fim de resolver problemas, incluindo teoria e prática, regras e instruções de como agir, de forma baseada em dados e informações.
Roque (2017)	Toda forma de documentos, textos, exemplos, normas, hipóteses, entre outras coisas, cuja possibilidade de que se expanda o entendimento acerca de determinado saber ou disciplina exista.

Fonte: Elaborado pelo autor (2020).

Com base nos autores, o conhecimento pode partir de informações com sentido, experiências, hipóteses, *insights* já experimentados, e estão no indivíduo. Há de se destacar que ele deve ser sempre utilizado, aumentado e reciclado, para que não pereça ou se desvalorize.

Já o conhecimento organizacional, que é aquele utilizado no dia a dia da empresa para resolução de tarefas, advém da junção entre o conhecimento individual e o coletivo, tendo como base dados e informações. Dessa forma, ele se transforma de conhecimento individual em conhecimento coletivo, para uso da organização. Ademais, o conhecimento organizacional não só está em documentos e repositórios, mas também nos processos, nas rotinas, nas práticas e nas normas da própria organização (DAVENPORT; PRUSAK, 1998). Brito (2005) diz que as novas empresas são baseadas em conhecimento, pois elas transformam dados em informações e informações em conhecimento. Assim, a gestão do conhecimento tem como foco o ser humano, que acaba por influenciar e formar a cultura informacional da empresa.

Nonaka e Takeuchi (1997) e Choo (2003) dividem o conhecimento em tácito e explícito, sendo o primeiro subjetivo e individual, um recurso de caráter personalíssimo, como suas habilidades, de forma a ser aprendido por meio de exemplos, e difícil de ser expresso por palavras ou símbolos. O segundo é objetivo e coletivo, de forma que possa ser expresso formalmente, podendo ser comunicado e difundido facilmente.

Assim sendo, com base no entendimento dos autores, pode-se exemplificar o conhecimento tácito como o andar de bicicleta ou o ter um talento para determinado esporte. Ambos os exemplos são de caráter pessoal, difíceis de serem transmitidos por palavras ou

símbolos. Dependem da habilidade de cada indivíduo. Quanto ao conhecimento explícito, também com base no exposto pelos autores, pode-se exemplificar como os passos de uma pesquisa científica ou um manual de instruções de um aparelho eletrônico, os quais podem ser expressos formalmente, de forma a serem transmitidos ao público interessado por meio, inclusive, de palavras e símbolos.

O conhecimento tácito está alicerçado em ações, experiências, emoções, valores e ideais de um indivíduo, sendo exemplos os *insights*, as conclusões, a intuição e os palpites altamente subjetivos. Assim, os japoneses concluem que esse tipo de conhecimento não pode ser transmitido aos outros com facilidade (NONAKA; TAKEUCHI, 1997). Grande maioria do capital intelectual consiste em conhecimento tácito, de forma a se exemplificar como um vendedor, que possui conhecimento especializado e relacionamentos construídos durante anos de trabalho em determinada área. Assim sendo, o conhecimento tácito precisa se tornar explícito, caso contrário ele não poderá ser examinado, aperfeiçoado ou compartilhado (STEWART, 1998). Ademais, Figueiredo (2005) defende que o conhecimento tácito não é propriedade da organização, mas dos indivíduos, e ele é melhorado com o seu uso.

O conhecimento explícito, por sua vez, é passível de ser expresso com facilidade, por meio de linguagem e outras formas de comunicação, sejam elas sonoras, visuais ou corporais (BUKOWITZ; WILLIAMS, 2002). Figueiredo (2005) informa que o conhecimento explícito serve como guia para que se produzam novos conhecimentos. O autor ainda informa que há pessoas que têm habilidade de converter, com competência e qualidade, o conhecimento tácito em explícito e vice-versa. O Quadro 4 busca diferenciar, de forma sintetizada, o conhecimento tácito do explícito.

Quadro 4 – Diferença entre conhecimento tácito e explícito

Conhecimento tácito	Conhecimento explícito
Subjetivo	Objetivo
Conhecimento de experiência (corpo)	Conhecimento de racionalidade (mente)
Conhecimento simultâneo (aqui e agora)	Conhecimento sequencial (lá e então)
Conhecimento análogo (prática)	Conhecimento digital (teoria)

Fonte: Nonaka e Takeuchi (1997).

Além disso, Nonaka e Takeuchi (1997) e Choo (2003) defendem a teoria da criação do conhecimento, na qual existe a conversão de conhecimento tácito em explícito, de modo a se tornar novo conhecimento quando, também, se converte o conhecimento explícito em tácito.

Sendo: socialização, externalização, combinação e internalização. Esses quatro tipos de conversão de conhecimento são exemplificados por Nonaka e Konno (1998).

Socialização: conhecimento tácito para tácito. Seria quando indivíduos têm uma ideia ou intuição e a compartilham com um grupo. Nonaka e Takeuchi (1997) acrescentam que algumas empresas realizam reuniões fora do ambiente de trabalho, como em hotéis, e discutem problemas organizacionais bebendo saquê, durante refeições, em momentos de completa descontração. Esse método tem sido adotado por várias organizações e é considerado uma forma de compartilhar experiências e conhecimento tácito, ampliar confiança mútua entre os participantes, criar uma perspectiva, etc.

Nonaka e Konno (1998) ainda acrescentam:

Externalização: conhecimento tácito para explícito. Exemplifica-se como a divulgação de conhecimento ou o uso criativo de metáforas ou analogias a fim de provocar um salto mental e converter o conhecimento tácito em explícito.

Combinação: conversão de conhecimento explícito para explícito. Esse é gerado por grupos diferentes em movimentos diferentes, com diferentes experiências, de forma a serem reconfigurados em novas formas de conhecimento explícito.

Internalização: conhecimento explícito para tácito. Isso ocorre quando um conhecimento explícito gerado de muitas maneiras é internalizado e se torna conhecimento tácito. Para isso, requer-se prática e experiência. A Figura 4 apresenta as quatro formas de conversão do conhecimento, apresentadas por Nonaka e Takeuchi (1997).

Figura 4 – Quatro modos de conversão do conhecimento.

		Conhecimento tácito PARA Conhecimento explícito	
Conhecimento tácito DE Conhecimento explícito	Conhecimento tácito	SOCIALIZAÇÃO	EXTERNALIZAÇÃO
	Conhecimento explícito	INTERNALIZAÇÃO	COMBINAÇÃO

Fonte: Nonaka e Takeuchi (1997).

Com base no exposto, considera-se que a gestão do conhecimento é o processo que consiste em a organização criar, disseminar e incorporar conhecimentos a seus produtos e serviços (NONAKA; TAKEUCHI, 1997).

Conceitua-se gestão do conhecimento, também, como o processo pelo qual uma organização produz riqueza a partir do seu conhecimento ou do seu capital intelectual (BUKOWITZ; WILLIAMS, 2002; KING, 2009; WAHYUNINGSIH; ASTUTI; MUSADIEQ, 2013). Dessa forma, considera-se riqueza quando determinada instituição utiliza de seu conhecimento a fim de criar processos que tenham maior eficiência e efetividade (BUKOWITZ; WILLIAMS, 2002) e capital intelectual qualquer coisa valorizada pela instituição que esteja contida em pessoas, podendo ser derivada de processos, sistemas e cultura organizacional, como, por exemplo, conhecimentos e habilidades individuais, normas e valores, bases de dados, *know-how*, licenças, etc. (BUKOWITZ; WILLIAMS, 2002).

Para Santos (2005), a gestão do conhecimento não consiste apenas em gerir os ativos de conhecimento, mas também desenvolvê-los, preservá-los, utilizá-los e compartilhá-los, de forma a gerir os processos que os envolvam. Assim, a GC foca em identificar e analisar os ativos, tanto disponíveis quanto desejáveis, a fim de desenvolvê-los no intuito de atingir os objetivos organizacionais.

A gestão do conhecimento significa o aproveitamento, de forma intencional e organizada, de ativos de conhecimento, ao se considerar que as tecnologias possibilitam que um conhecimento importante seja preservado por meio da aprendizagem e da memória organizacional, de forma que possa ser divulgado posteriormente (DALIKIR, 2011).

A gestão do conhecimento está relacionada à administração, à utilização, à criação e à disseminação da informação a fim de atingir objetivos organizacionais (COLAUTO; BEUREN, 2003). Dessa forma, à proporção que as pessoas interagem nos ambientes, elas absorvem informações, transformam-nas em conhecimento e agem se baseando na combinação de conhecimentos, experiências, valores e regras internas, de maneira a buscar informações como um instrumento imprescindível a fim de alavancar o sucesso da organização e produzir diferenciais competitivos que mantenham a sua permanência perante a concorrência (BORGES, 2006). Ademais, entender, bem como, melhorar processos ligados à gestão do conhecimento proporciona vantagem competitiva a toda organização, independentemente da área em que atue

(LEITCH; ROSEN, 2001). O Quadro 5 sintetiza o conceito de gestão do conhecimento, na visão dos autores.

Quadro 5 – Conceitos de gestão do conhecimento.

Autores	Conceito
Nonaka e Takeuchi (1997)	Capacidade de a organização criar, disseminar e incorporar conhecimentos organizacionais a seus produtos e serviços
Bukowitz e Williams (2002) King (2009) Wahyuningsih, Astutie e Musadieq (2013)	Processo pelo qual uma organização produz riqueza, partindo de seu conhecimento ou capital intelectual
Colauto e Beuren (2003)	Relacionada a administração, utilização, criação e disseminação da informação, a fim de que os objetivos organizacionais sejam atingidos.
Santos (2005)	Fazer a gestão de processos de ativos de conhecimento, de forma a desenvolvê-los, preservá-los, utilizá-los e compartilhar o conhecimento.
Dalkir (2011)	Aproveitamento intencional e organizado de ativos de conhecimento, considerando que as tecnologias possibilitam que um conhecimento relevante seja preservado, por intermédio da aprendizagem, bem como, da memória organizacional.

Fonte: Elaborado pelo autor (2020).

Dessa forma, com base nos autores, a gestão do conhecimento consiste na busca por formas de expandir ou criar o conhecimento, gerando riqueza a partir do conhecimento ou do capital intelectual, que estão nos indivíduos, assim, atingindo os objetivos organizacionais.

A gestão do conhecimento foi criada pela colisão entre diversos campos: recursos humanos, desenvolvimento organizacional, gestão da mudança, tecnologias da informação, gestão de marca e reputação, etc., efetividade (BUKOWITZ; WILLIAMS, 2002). A GC consiste em gerar, armazenar, distribuir e utilizar o conhecimento. Tal processo engloba o tratamento de dados em quantidade volumosa, de maneira que seja necessária a utilização de TIC para que haja uma eficiência aceitável. Dessa forma, a GC visa à promoção do crescimento, do desenvolvimento, da comunicação e à preservação do conhecimento dentro de uma organização, possibilitando aos profissionais que ali trabalham respostas rápidas e acertadas vinculadas às decisões que devam ser tomadas (MONTANI; BELLAZZI, 2002).

Misra (2007) informa que há três dimensões estruturantes da gestão do conhecimento. Sendo elas, (i) processos, que representam a estrutura interna da organização; (ii) pessoas, que agrupam competências, como o próprio conhecimento, valores, comportamentos; (iii) tecnologias, que servem às pessoas e aos processos, auxiliam na organização para tomada de decisão nos níveis operacional, gerencial e estratégico.

Em se tratando da gestão do conhecimento em instituições de ensino superior, elas devem proporcionar um ambiente em que a comunicação aberta seja a regra e não a exceção. Dessa forma, as barreiras entre departamentos ou advindas da hierarquia são eliminadas e a confiança entre os colaboradores é promovida de forma a proporcionar novas possibilidades (RIVERA; RIVERA, 2016).

Tian, Nakamori e Wierzbicki (2009) elencam quatro fatores que devem ser priorizados em se tratando de gestão do conhecimento em IES: a infraestrutura tecnológica; (i) as fontes de conhecimento, como patrimônio intelectual, laboratórios de pesquisa, empresas júniores, orientação de docentes, estudos por conta própria, etc.; (ii) processo de criação de conhecimento, sendo questões individuais e também organizacionais, como o *layout* físico e; (iii) as variáveis organizacionais, como pessoas, liderança e a (iv) própria cultura organizacional.

Além disso, uma das principais diferenças entre a gestão do conhecimento empresarial e a gestão do conhecimento acadêmico é que no primeiro, considera-se a relação de cooperação e trabalho em equipe são considerados primordiais, no mundo acadêmico se considera, em primeiro lugar, estudar sozinho, posterior a isso, a orientação do professor, e, em último lugar, a cooperação dos colegas (TIAN; NAKAMORI; WIERZBICKI, 2009).

2.3.1 Gestão do Conhecimento da Saúde

Com o advento da internet e, conseqüentemente, do acesso à informação, as pessoas estão cada vez mais qualificadas, exigentes, bem informadas e competitivas (ROCHA *et al.*, 2012). Isso repercute nos usuários dos sistemas de saúde, que, segundo Borba e Kliemann Neto (2018), têm ciência de seus direitos e, portanto, exigem uma melhor assistência. Nesse sentido, Lourenção e Benito (2010) informam que a GC na área da saúde ganha relevância, pois os profissionais devem desenvolver competências, habilidades e atitudes que vão além do cuidado ao paciente, como, por exemplo, conforme explicam Xavier-Gomes e Barbosa (2012), tomada de decisão, liderança, trabalho em equipe, comunicação, administração e gerenciamento.

Na saúde, o trabalho é algo coletivo, ainda que realizado individualmente, pois se considera a ocorrência contínua de divisões de trabalho, agrupando várias áreas do

conhecimento (como medicina, enfermagem, gestão, tecnologias, entre outros), cujo objetivo principal é o cuidado e a assistência ao paciente (AZZOLIN, 2007).

É importante ressaltar que as tecnologias da informação auxiliam a gestão do conhecimento na área da saúde. Na enfermagem, por exemplo, conforme explica Simpson (2006), há várias ferramentas de TI que contribuem para a tomada de decisão, como o suporte para a prática baseada em evidência, as boas práticas de armazenamento de dados, os repositórios clínicos, o ensino a distância, as prescrições e os prontuários eletrônicos.

Além disso, o profissional de enfermagem deve disseminar e compartilhar o seu conhecimento tácito – advindo de sua experiência – e explícito – o conhecimento científico, formalizado - com toda equipe, inclusive com demais profissionais de saúde, a fim de que todo o grupo tenha maior capacidade para tomar decisões sobre o cuidado do paciente. Isso influenciará diretamente na assistência prestada (SHINYASHIKI; TREVIZAN; MENDES, 2003).

Como práticas comuns de GC dentro de uma clínica escola, Ferreira (2018) identificou: serviços à comunidade, orientação do professor, cooperação e ajuda de colegas do trabalho, conversas em âmbito presencial, seminários, fóruns, congressos, parceria entre cursos, ambientes e espaços colaborativos, apresentações de estudos de caso, compartilhamento de bases de dados, boletins informativos, gestão de conteúdo e webconferências.

Na área da saúde, diálogos e discussões são importantes condutores para resolver problemas. Uma má comunicação, existente em protocolos ou em troca de informações, entre profissionais e outras partes interessadas, pode gerar uma série de ocorrências indesejadas. Indica-se que quando o profissional precisar utilizar qualquer informação acumular, seja na tomada de decisão ou ao fornecer *feedbacks* à equipe, ele o faça por meio do cumprimento dos protocolos padronizados, dos procedimentos clínicos, da segurança e da organização (HOLZMANN *et al.*, 2012).

Batista *et al.* (2007) elencaram algumas práticas de gestão do conhecimento para a área de saúde, as quais eles as classificaram por estarem relacionadas a três categorias: (i) gestão de recursos humanos, que facilitam a transferência, a disseminação e o compartilhamento de informação e conhecimento; (ii) estruturação dos processos organizacionais, que funciona como facilitadores de geração, retenção, organização e disseminação de conhecimento organizacional; e (iii) práticas cujo foco principal esteja relacionado à tecnologia, de forma a servirem como suporte à GC, incluindo automação da gestão da informação, aplicativos e

ferramentas de TI para capturar, colaborar e difundir o conhecimento. O Quadro 6 apresenta algumas das principais práticas de GC encontradas em organizações de saúde, segundo Batista *et al.* (2007).

Quadro 6 – Principais práticas de GC em organizações de saúde.

Práticas relacionadas principalmente aos aspectos de gestão de recursos humanos	
Fóruns/listas de discussões	Espaço para discutir, homogeneizar e compartilhar informações, ideias e experiências.
Educação corporativa	Educação continuada. Visa à atualização do pessoal de maneira uniforme em todas as áreas da organização.
Comunidades de práticas	Grupos informais e interdisciplinares de pessoas reunidas com um interesse em comum, integrando pessoas internas e externas à organização.
Narrativas	Técnicas utilizadas em GC para descrever assuntos complicados, expor situações, comunicar lições aprendidas ou interpretar mudanças culturais.
Universidade corporativa	Constituição formal de uma unidade organizacional destinada a promoção da aprendizagem ativa e contínua dos empregados. São programas de educação continuada, palestras e cursos técnicos que visam ao desenvolvimento de comportamentos, atitudes e conhecimentos mais amplos, bem como, habilidades técnicas específicas.
<i>Mentoring e coaching</i>	<i>Mentoring</i> é a modalidade em que um <i>expert</i> (mentor) modela as competências de um indivíduo ou um grupo. O <i>coaching</i> é semelhante, mas não participa da execução das atividades e faz parte do processo planejado para orientar, apoiar, dialogar e acompanhar.
Práticas ligadas primariamente à estruturação dos processos organizacionais	
<i>Benchmarking</i>	Busca sistemática das melhores referências para comparar processos, produtos e serviços.
Melhores práticas	Difusão de melhores práticas, as quais podem se definir como um procedimento validado a fim de realizar determinada tarefa ou resolver um problema. São documentos por meio de bancos de dados, manuais ou diretrizes.
Mapeamento ou auditoria do conhecimento	Registro do conhecimento organizacional sobre processos, produtos, serviços, relacionamento com o cliente.
Sistemas de inteligência organizacional	Também conhecido como sistemas de inteligência empresarial ou competitiva. Visam à transformação de dados em inteligência, para apoiar a tomada de decisão. O conhecimento obtido de fontes internas e externas, formal e informal, é explicitado, armazenado e documentado para facilitar o seu acesso.
Sistemas de gestão por competências	Sistema de estratégia de gestão baseada nas competências necessárias para se exercer determinado trabalho e na remuneração pelo conjunto de competências efetivamente exercidas.
Banco de competências organizacionais	Repositório de informações sobre a localização de conhecimentos da organização.
Banco de competências individuais	Banco de talentos. Repositório com as informações técnicas, científicas, artísticas e culturais dos colaboradores.
Memória organizacional	Registro do conhecimento organizacional sobre processos, produtos, serviços e relacionamento com clientes
Gestão do capital intelectual	Mapeamento dos ativos organizacionais intangíveis, política de propriedade intelectual, gestão do capital humano.

Continua.

Cont. Quadro 6.

Práticas cujo foco central é a base tecnológica	
Portais intranet e extranet	Portais ou sistemas informatizados que visam a capturar e difundir o conhecimento. Espaço na <i>web</i> de integração, com segurança e privacidade de dados
Sistemas de <i>workflow</i>	Práticas relacionadas ao controle da qualidade da informação apoiada pela automação do fluxo ou trâmite dos documentos. Visa ao controle de documentos e revisões, requisições de pagamentos, estatísticas de desempenho de funcionários, etc.
Gestão de conteúdo	Representação de processos de seleção, captura, classificação, indexação, registro e depuração de informações. Engloba conteúdos disponíveis em bases de dados, árvores do conhecimento, redes humanas, etc.
Gestão eletrônica de documentos	Aplicativos informatizados para controlar a emissão, a edição e o acompanhamento da tramitação, distribuição, arquivamento e descarte de documentos.
<i>Data warehouse</i>	Tecnologia para rastrear dados com arquitetura hierarquizada. Permite a manipulação de grande volume de dados.
<i>Data mining</i>	Mineradores de dados com alta capacidade de associar termos, de forma a permitir garimpar assuntos ou temas específicos

Fonte: Adaptado de Batista *et al.* (2007).

Os vazamentos das informações de um prontuário podem ser impactantes para um paciente e seus danos podem ser irreversíveis e os colaboradores devem ter acesso às melhores práticas sobre registro, armazenamento e acesso à informação (MAGNAGNAGNO, 2015).

2.4 MODELOS DE MATURIDADE DE GESTÃO DO CONHECIMENTO

Os modelos de maturidade têm como principal objetivo estruturar áreas de conhecimento baseando-se em níveis de maturidade, de forma que quanto maior o nível da organização no modelo de maturidade proposto, maior a sua orientação estratégica, bem como, a sua capacidade de aplicar os processos correlatos. Consequentemente, maior serão os resultados estratégicos obtidos pela instituição (JUNGES, 2010).

O primeiro modelo de maturidade foi criado para avaliar a capacidade e a maturidade dos processos de desenvolvimento de *software* e se chama *Capability Maturity Model* (CMM) (JUNGES, 2010). Ele foi montado pelo *Software Engineering Institute* (SEI) e é dividido em cinco níveis de maturidade, sempre enfatizando a necessidade de melhoramento contínuo dos processos (FENG, 2006). Além disso, muitos modelos têm sido criados tanto no mundo acadêmico quanto por consultorias (KURIAKOSE *et al.*, 2010) e a maioria deles baseia-se no CMM (OLIVA, 2014; KRAEMER *et al.* 2017). Dessa forma, os primeiros modelos de maturidade surgiram como forma de representar os estágios de desenvolvimento de processos por uma organização (DALKIR, 2013).

Em se tratando de modelo de maturidade em gestão do conhecimento, eles são projetados para superar a natureza estática das estruturas de avaliação de desempenho da GC. Além disso, eles podem, formalmente, capturar o processo de desenvolvimento da GC dentro de uma organização e avaliar até que ponto a GC está explicitamente definida, gerenciada e controlada (CHEN; FONG, 2012).

Desse modo, os modelos descrevem as etapas do crescimento e apoiam gerentes e organizações para avaliar o progresso das práticas de GC, de forma a orientar a tomada de decisão e a indicar melhorias de desempenho (LIN, 2011; ABU NASER; AL SHOBAKI; ABU AMUNA, 2016). Ademais, um fator influente na seleção de estratégias de GC é medir e identificar a condição da maturidade em conhecimento de uma organização (TSAKALIDIS; GKOUUMAS; PEKÁR, 2020).

Dessa forma, serão apresentados alguns trabalhos sobre modelos que avaliam em que ponto está a GC de uma organização. Essas referências servirão como base para o questionário que será aplicado no objeto de estudo desta dissertação. O trabalho de Batista (2012), por exemplo, apresentou quatro modelos que avaliam o grau de maturidade dos modelos de GC. Kraemer *et al.* (2017) também realizou uma revisão sistemática de literatura de 2005 a 2016 e, entre seus objetivos, eles conseguiram identificar trabalhos que apresentavam modelos de maturidade de GC. Esses trabalhos serão apresentados a seguir, e por fim, será exposta uma revisão da literatura de trabalhos do período de 2016 a 2020.

2.4.1 Revisão de Batista (2012)

O objetivo de Batista (2012) foi apresentar e discutir os resultados de uma revisão sistemática de literatura sobre modelos de GC na administração pública e realizar a análise de modelos já existentes de GC adotados por organizações tanto de caráter público quanto privado, a fim de identificar componentes a serem utilizados na proposta de modelo de GC voltada à administração pública. Quanto à sua revisão, o autor apresenta modelos de GC que não contemplam o conceito de maturidade. No entanto, Batista (2012) apresenta seis referências que visam a criar modelos para avaliar o grau de maturidade da GC nas organizações, sendo: (i) o *Organizational Knowledge Management (OKA)*, do Banco Mundial; (ii) o prêmio Modelo de gestão do conhecimento para a administração pública brasileira 29 Empresas mais

Admiradas do Mundo – *Most Admired Knowledge Enterprise* (MAKE) – Prêmio MAKE; (iii) o Modelo de Avaliação do Fórum Europeu em GC (iv) e o Instrumento para a Avaliação da Gestão Pública do Gespública.

Instrumento para avaliação da gestão pública do Gespública: esse modelo abrange itens específicos a fim de examinar a forma como a organização implementa processos gerenciais. Seus objetivos são: identificação, desenvolvimento, construção, proteção e compartilhamento do conhecimento (BRASIL, 2010). Batista (2012) informa que se trata de um instrumento de avaliação e não de um modelo de implementação de GC.

OKA: desenvolvido por Fonseca (2006), com apoio do Instituto do Banco Mundial, o modelo visa a impulsionar a informação, o conhecimento, as experiências e a intuição organizacional a fim de que se gere valor. Seus elementos são: pessoas, processos e sistemas e cada um deles é constituído por dimensões, sendo 14 no total, conforme Quadro 7.

Quadro 7 – Dimensões do modelo OKA

Elementos	Dimensões
Pessoas	Cultura e incentivos
	Identificação e criação do conhecimento
	Compartilhamento do conhecimento
	Comunidades de prática e equipes de conhecimento
	Conhecimento e aprendizagem
Processos	Liderança e estratégia
	Fluxo de conhecimento
	Operacionalização do conhecimento
	Alinhamento
	Indicadores e monitoramento
Sistemas	Infraestrutura tecnológica
	Infraestrutura de acesso ao conhecimento
	Gestão de conteúdo
	Infraestrutura do ambiente de GC

Fonte: elaborado pelo autor (2020).

Para contemplar a avaliação de suas dimensões, existe um questionário de 205 assertivas. Ainda que o modelo tenha sido aplicado em organizações públicas, como Câmara dos Deputados, Embrapa, Ipea, etc., a sua linguagem é voltada ao setor privado, de forma a não considerar as diferenças entre um e outro (BATISTA, 2012). Um dos pontos positivos deste modelo é que é livre a licença para a sua implantação em organizações interessadas na adesão às práticas de GC. Os autores liberaram para que gerentes de organizações públicas e privadas, acadêmicos, organizações não governamentais ou demais interessados possam ter acesso à ferramenta (BARRETO, 2015).

Prêmio MAKE: metodologia criada pela The KNOW Network (TKN) que visa identificar a maturidade de organizações, em se tratando de GC e inovação, avaliando oito critérios: cultura organizacional; liderança; inovação; capital intelectual; compartilhamento; aprendizagem; *Customer Relationship Management* (CRM); retorno ao acionista. Batista (2012) ressalta que não é um modelo de GC ou metodologia de implementação, entretanto o Prêmio MAKE aborda fatores críticos de sucesso que devem ser contemplados em um modelo de GC.

Modelo de Avaliação do Fórum Europeu em GC: visa ao diagnóstico do grau de maturidade em GC de organizações da Europa (EUROPEAN KM FORUM, 2001). Os principais tópicos avaliados são: estratégias de GC; tópicos sociais e humanos de GC; organização de GC; processos de GC; tecnologias de GC; liderança; avaliação de desempenho de GC; implementação de *business cases* de GC.

Além dos modelos apresentados na revisão de literatura de Batista (2012), o autor apresenta o seu próprio instrumento, no qual ele classifica como componentes do ponto de partida do seu modelo os direcionadores estratégicos organizacionais: visão de futuro, missão, objetivos estratégicos, estratégias e metas. Como fatores críticos de sucesso ou viabilizadores da GC: liderança, tecnologia, pessoas e processos. Como processos de GC, o autor classifica identificar, criar, armazenar, compartilhar e aplicar. Além disso, ele apresenta o ciclo de GC pelo qual o processo de GC é executado: conhecimento (*knowledge*), fazer (*do*), verificar (*check*) e atuar corretivamente (*act*) – KDCA, e o instrumento que ele utiliza é composto por 42 questões e é próprio para a administração pública.

Assim sendo, missão é a razão de ser da organização (XAVIER; AMARAL, 1999). Visão aquilo que a organização, no futuro, almeja ser (CHIAVENATO; SAPIRO, 2003). Objetivos estratégicos, estratégias e metas apresentam lacunas de conhecimento que devem ser eliminadas a fim de que os objetivos sejam alcançados (BATISTA, 2012). São fatores críticos de sucesso (FCS) as variáveis ou as atividades de uma empresa que são consideradas decisivas para o seu sucesso competitivo no setor em que ela atua (SERRA; TORRES; TORRES, 2004) e, sobre eles, a organização deve exercer controle (VALADARES, 2003). Batista (2012) se refere, no decorrer do trabalho, aos fatores críticos de sucesso e aos viabilizadores como termos sinônimos.

A liderança e a alta administração devem definir uma política de proteção do conhecimento (patentes, direitos autorais, etc.). Cabe a ela dirigir os esforços e implantação da GC, estabelecer as políticas de governança e os arranjos organizacionais a fim de formalizar as iniciativas de GC. A alta administração deve instituir um sistema para reconhecer e recompensar a melhoria de desempenho, o aprendizado individual, a criação do conhecimento e a inovação (BATISTA, 2012).

Em se tratando de tecnologia, ela deve estar alinhada à GC. No que compete ao conhecimento tácito, ela facilita a colaboração presencial e virtual, de forma a melhorar comunicação e compartilhamento nos níveis formal e informal. Quanto às pessoas, o autor ressalta a importância de treiná-las e capacitá-las constantemente para os processos de identificar, criar, armazenar e aplicar o conhecimento, pois elas são uma das principais chaves no processo de GC. Os processos englobam um conjunto de atividades os quais transmutam insumos em produtos ou serviços por meio de pessoas as quais utilizam recursos de seus fornecedores (BATISTA, 2012).

Quanto aos processos, o autor ressalta que as competências essenciais da organização devem ser identificadas, a fim de que ela alcance os seus objetivos. A partir dessa etapa do processo, a organização poderá elaborar e implementar o seu plano de execução de GC. Criar conhecimento é a forma pela qual a organização elimina lacunas de conhecimento. Quanto ao armazenamento, ainda que nem todo tipo de conhecimento seja passível dessa etapa, ela é importante pois permite preservar o conhecimento organizacional. O armazenamento deve ser feito de maneira que a sua recuperação seja fácil quando do conhecimento precisarem. Em se tratando do compartilhamento, ressalta-se que ele depende da confiança das pessoas e promove a aprendizagem constante e a inovação. Assim sendo, conseqüentemente, atingem-se os objetivos organizacionais. Enfim, o conhecimento só gera valor quando aplicado a processos de apoio, e, dessa forma, ele melhora produtos e serviços da organização (BATISTA, 2012). O Quadro 8 apresenta, em síntese, os direcionadores estratégicos, os FCS ou viabilizadores e os processos propostos por Batista (2012). Consideram-se fatores críticos de sucesso e viabilizadores como sendo termos sinônimos.

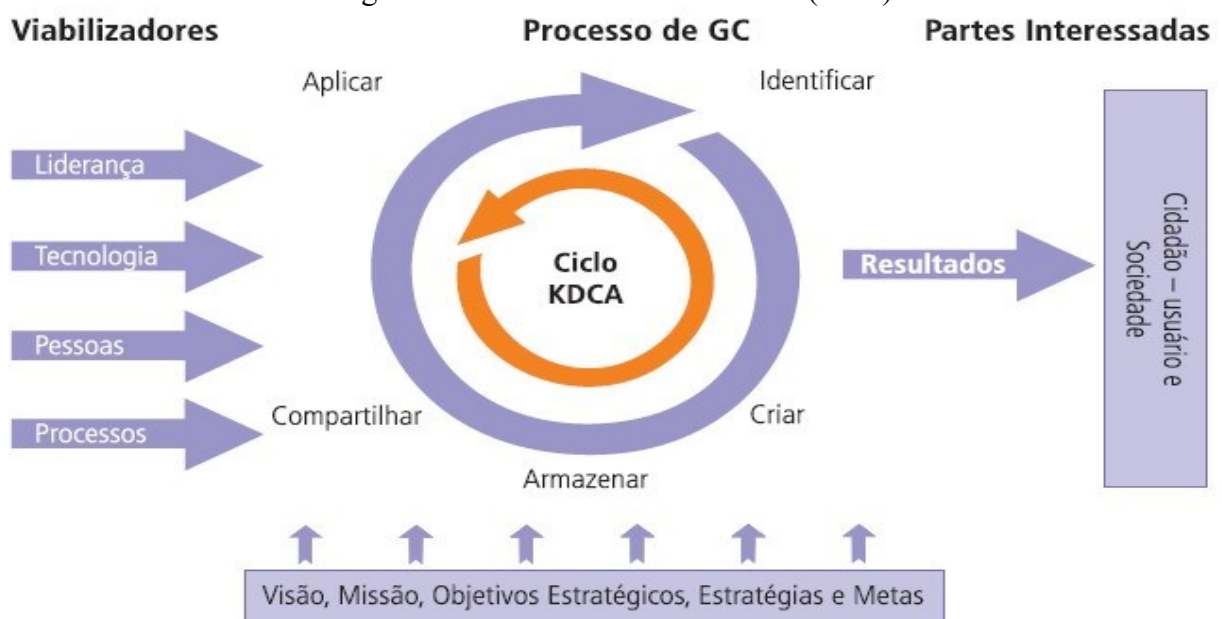
Quadro 8 – Direcionadores estratégicos, FCS/viabilizadores e processos de Batista (2012)

Direcionadores estratégicos	FCS/viabilizadores	Processos de GC
Missão Visão Objetivo estratégico Estratégias Lacuna estratégica de Metas Visão Estratégia de GC	Liderança Tecnologia Pessoas Processos	Identificar Criar Armazenar Compartilhar Aplicar

Fonte: Elaborado pelo autor, com base em Batista (2012).

O ciclo KDCA (*knowledge, do, check, act* – conhecimento, fazer, verificar e atuar corretivamente), sendo que conhecimento (*knowledge*) consiste em identificar o conhecimento relevante a fim de que melhore a qualidade do processo, do serviço ou do produto, bem como, definir indicadores, métodos e plano para captá-lo ou criá-lo para atingir as metas. Fazer (*do*) engloba educar e capacitar, executar o plano de GC, coletar dados e informações e aprender com o processo em si. A etapa de Verificar (*check*) consiste em verificar se foi alcançada a meta de melhoria de qualidade, bem como, se foi bem executado o plano de GC. Enfim, atuar corretivamente (*act*) consiste em organizar eventuais erros se a meta não for atingida e, caso ela tenha sido alcançada, armazenar o novo conhecimento, por meio de padronização (BATISTA, 2012). A Figura 5 apresenta, em síntese, o modelo proposto se do KDCA proposto por Batista (2012).

Figura 5 – Modelo de GC de Batista (2012)



Fonte: Batista (2012, p. 52).

O autor apresenta cinco níveis de maturidade: (i) reação, quando não se sabe o que é GC e desconhece a sua importância para aumentar a eficiência e melhorar a qualidade; (ii) iniciação, quando a organização começa a reconhecer a necessidade de GC; (iii) introdução, aqui existem práticas de GC em determinadas áreas; (iv) refinamento, no qual a implementação da GC é avaliada e melhorada de forma contínua; e (v) maturidade, a GC está institucionalizada.

Quanto ao questionário de avaliação, Batista (2012) apresenta 42 assertivas, cinco níveis de maturidade, sete critérios de análise (liderança em GC; processo; tecnologias; pessoas; processos de conhecimento; aprendizagem; inovação; e resultados de GC) e alguns autores (SOUZA; HELOU; SOHN, 2018; SABINO, 2013; HELOU, 2015; BATISTA, 2016; RODRIGUES, 2018) já testaram o seu instrumento proposto.

Além disso, Batista (2012) propõe um manual de implementação de GC na administração pública, com quatro etapas: (i) diagnosticar (realização da avaliação do grau de maturidade de GC e elaboração de um *business case*); (ii) planejar (definir visão, objetivos e estratégias de GC); (iii) desenvolver (etapa em que a administração pública escolhe um projeto piloto para ser testado); e (iv) implementar (etapa em que a administração pública discute os FCS, a fim de implementar o plano de GC).

Assim sendo, o Quadro 9 apresenta alguns dos principais tópicos, também chamados de viabilizadores, áreas-chave ou fatores críticos de sucesso, abordados tanto pela revisão de literatura de Batista (2012), quanto do modelo proposto por ele e de outros modelos, instrumentos de avaliação e roteiros utilizados na administração pública que o autor ainda apresenta em seu trabalho.

Quadro 9 – Principais aspectos abordados no trabalho de Batista (2012)

Referências	Fatores críticos de sucesso/áreas-chave/viabilizadores
Batista (2012)	Liderança, TI, processos, estratégia, pessoas, gestão de RH (prêmios, treinamentos, etc. por melhoria no conhecimento, aprendizado individual, criação de conhecimento e inovação).
Modelos, instrumentos de avaliação e roteiros de implementação de GC utilizados pela administração pública que constam no trabalho de Batista (2012).	
Gespública	Processos e pessoas
OKA	Liderança, TI, cultura, processos, pessoas
Prêmio MAKE	Liderança, cultura, pessoas
Fórum Europeu	TI, processos, pessoas

Fonte: Elaborado pelo autor (2020).

Portanto, conclui-se que de todos os fatores críticos de sucesso apresentados no trabalho de Batista (2012), pessoas (5) é o mais frequente; seguido processos (4); TI (3);

liderança (3), que, em muitos casos, envolve o apoio da alta gestão da organização para a implementação do processo de GC; cultura organizacional (2); gestão de RH (1), que, em muitos casos, envolve concessão de prêmios e incentivos, bem como, treinamento, entre outras coisas; estratégia (1) e inovação (1).

2.4.2 Revisão de Kraemer *et al.* (2017)

Além do trabalho de Batista (2012), o estudo de Kraemer *et al.* (2017) efetua uma revisão sistemática de literatura nas bases de dados Scopus e Web of Science, selecionando, respectivamente, a *Social Sciences Citation Index (SSCI)* e a *Social Science & Humanities*. Ele tem como objetivo analisar publicações científicas sobre maturidade de gestão do conhecimento, isso é, em que estágio a organização avaliada está em se tratando de GC. O período verificado foi de 2005 a 1º de junho de 2016, usando termos como *maturity* e *maturity model*, além de *knowledge management* e a sua abreviatura “km”. Assim sendo, são apresentados 36 artigos, após retirados os duplicados e lidos os seus resumos, a fim de verificar se eles iam ao encontro do que o trabalho objetivava.

As publicações analisadas por Kraemer *et al.* (2017) foram categorizadas em cinco conjuntos: (i) propõem um novo modelo; (ii) relacionam maturidade a outra variável; (iii) analisam mudanças dos níveis da maturidade; (iv) aplicam em muitas organizações; e (v) analisam modelos que já existiam anteriormente. Sendo que 19 referências propuseram novos modelos, conforme consta no Quadro 10.

Quadro 10 – Referências que propuseram novos modelos ou analisaram existentes

Categoria	Artigos
Propõem novos modelos	(HUNG; CHOU; CHEN, 2005); (ROBINSON <i>et al.</i> , 2005); (ROBINSON <i>et al.</i> , 2006); (FENG, 2006); (EKINOE; PLAISENT; BERNARD, 2007); (EKINOE; BERNARD; PLAISENT, 2011); (EKIONE <i>et al.</i> , 2011); (EKIONE <i>et al.</i> , 2012); (KRUGER; SNYMAN, 2007); (GRUNDSTEIN, 2008); (HSIEH; LIN; LIN, 2009); (PEE; KANKANHALLI, 2009); (FENGJU; XIAOJING, 2011); (SERNA, 2012); (CHEN; FONG, 2012); (YANG; YU, 2013); (OLIVEIRA; PEDRON, 2014); (ARIAS-PÉREZ; DURANGO-YEPES, 2015); (GALATI, 2015)

Fonte: adaptado de Kraemer *et al.* (2017).

Hung, Chou e Chen. (2005) apresentam um modelo que eles chamam de *Knowledge Management Readiness Model (KMRM)*. Esse modelo avalia quais recursos de GC a

organização possui, em que nível de maturidade ela se encontra e quais melhorias a organização deveria considerar. Além disso, o trabalho tem como objetivo usar o modelo proposto para avaliar diferenças das práticas de GC entre as organizações e servir de base para análise e comparação.

Os autores veem o modelo de gestão do conhecimento como um processo que é dividido em quatro sub-processos: criação do conhecimento; armazenamento do conhecimento; compartilhamento do conhecimento; aplicação do conhecimento. O modelo proposto também tem uma representação em forma de pirâmide, a qual possui três componentes: (i) níveis de maturidade, que são definidos em inicial, repetido, definido, gerenciado e otimizado; (ii) processos de gerenciamento de conhecimento, que envolvem as atividades e as práticas de GC; e (iii) capacidade de gestão do conhecimento, que se dividem em técnica, estrutural e cultural. Assim, a Figura 6 apresenta o modelo de pirâmide proposto por Hung *et al.* (2005).

Figura 6 – Pirâmide do modelo proposto por Hung, Chou e Chen. (2005)



Fonte: Adaptado de Hung, Chou e Chen (2005, p. 3).

Robinson *et al.* (2005) tiveram como objetivo avaliar as práticas de GC e os fatores que influenciam o desenvolvimento de GC com base em estudos de caso de quatro organizações da construção. Os autores ressaltam que as pessoas, os processos e os produtos são importantes para as estratégias organizacionais de GC. Além disso, o apoio da alta gestão e da liderança é vital, em se tratando de GC. Ademais, a cultura organizacional é um dos quesitos mais

importantes para o sucesso do projeto de GC e talvez o mais difícil de lidar e também ressalta a importância dos recursos de TI.

O trabalho de Robinson *et al.* (2006) visa a desenvolver uma estrutura baseada em desempenho, a fim de facilitar a implementação de GC nas organizações na área de construção. Como fatores críticos de sucesso, os autores apontam a necessidade de (i) estabelecer uma meta, desenvolver e alinhar a estratégia de GC aos objetivos de negócios; (ii) fornecer liderança e recursos, inclusive suporte gerencial, equipe e orçamento; (iii) a implementação precisa ser suportada por ferramentas de TI e não-TI; (iv) reconhecimento da reforma necessária para enfrentar barreiras e facilitar a implementação; (v) medidas de desempenho de GC necessárias para avaliar a GC.

Além disso, os autores propuseram avaliar o estágio de maturidade em GC em que as empresas estão, sendo eles: (i) estágio de começo, que é quando a organização ainda está buscando aumentar a conscientização dos benefícios para melhorar; (ii) estágio de decolar, que é quando a empresa está desenvolvendo estratégias e definições de trabalho em GC; (iii) estágio de expansão, que é quando ela está aumentando a visibilidade das lideranças e das iniciativas em GC; (iv) estágio progressivo, que é quando a organização está melhorando a performance em atividades de GC; e (v) estágio de sustentabilidade, quando a organização mantém sustentável a performance das atividades de GC (ROBINSON *et al.*, 2006).

Feng (2006) apresenta um modelo baseado no *Capability Maturity Model* (CMM) e divide seu modelo em três componentes: (i) nível de maturidade, sendo os níveis de inicialização, iterância, definição, gerenciamento e otimização, e quanto mais próximo à otimização, mais avançada a organização está em GC; (ii) processos de gerenciamento de conhecimento, divididos em quatro sub-processos, sendo criação de conhecimento, armazenamento de conhecimento, compartilhamento de conhecimento e aplicação de conhecimento; e (iii) facilitador de gerenciamento de conhecimento, subdivididos em cultura, estrutura, ciência e tecnologia. A síntese dos componentes de Feng (2006) está exposta no Quadro 11.

Quadro 11 – Componentes do modelo de Feng (2006)

Componentes	Nível de maturidade, sub-processos e facilitadores, respectivamente
Nível de maturidade	<ul style="list-style-type: none"> • Inicialização • Iterância • Definição • Gerenciamento • Otimização
Processos	<ul style="list-style-type: none"> • Criação de conhecimento • Armazenamento • Compartilhamento • Aplicação
Facilitadores de gerenciamento de conhecimento	<ul style="list-style-type: none"> • Cultura • Estrutura • Ciência • Tecnologia

Fonte: Elaborado pelo autor, com base em Feng (2006).

O trabalho de Ekinoea, Bernard e Plaisent (2011) objetiva a apresentar um modelo de GC baseado em competências, pois, segundo os autores, enquanto o nível de competências de GC da organização for alto, o benefício também o será. Dessa forma, os autores defendem que existem cinco níveis de maturidade: (i) exploração localizada; (ii) integração interna; (iii) reengenharia; (iv) redesign de redes; e (v) redefinição da missão do negócio, sendo que quanto mais próxima está a organização de redefinição do item “v – redefinição da missão do negócio”, mais madura ela está em GC. Além disso, o artigo tenta apresentar estratégias de negócios para captura, armazenamento, compartilhamento e uso eficaz de conhecimento e ressalta a importância dos processos e das habilidades pessoais.

Em se tratando do trabalho de Ekinoea *et al.* (2011), o estudo apresentado é o mesmo modelo de Ekinoea, Bernard e Plaisent (2011), entretanto, levando em conta três principais dimensões: infraestrutura de GC, que considera a infraestrutura tecnológica e a estrutura específica; processos de GC, que consiste em geração, manipulação e aplicação de conhecimento; e competências de GC, que se subdividem em cultura de GC, motivação de GC, recompensas de GC e estimulação de GC. Outrossim, o trabalho de Ekinoea *et al.* (2012) é uma aplicação do seu modelo em uma organização municipal e o trabalho de Ekinoea, Bernard e Plaisent (2007) apresenta o mesmo modelo com o foco no impacto que cada uma das três dimensões tem na transformação organizacional.

Kruger e Snyman (2007) apresentam um questionário com seis seções, composto por 101 questões que permitem à organização testar e avaliar o seu grau de maturidade em GC. Dessa forma, Como ponto de partida, formulou-se uma matriz de maturidade em GC, composta

por sete níveis de maturidade. Todas as perguntas contidas na matriz foram comparadas com um questionário de pesquisa desenvolvido pelo serviço público de gestão da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) e também foram testadas e validadas. Além disso, o questionário promove uma ponte entre questões teóricas e práticas e foi testado por 178 estudantes de mestrados na África do Sul, em setores diferentes. Além de medir o grau de maturidade em GC, o instrumento proposto serve como orientador para se institucionalizar novos e futuros esforços de GC e, ao construir o instrumento, os autores ressaltam a importância das tecnologias, da cultura organizacional, do conhecimento e de compartilhar conhecimentos dentro da organização.

Grundstein (2008) apresenta um modelo que considera o grau de maturidade de 0 a 5: () inexistente; (i) inicial; (ii) repetível, mas intuitivo; (iii) processos definidos; (iv) gerenciado e mensurado; (v) otimizado. O foco do seu modelo é em pessoas e em processos de valor agregado. O autor sugere infraestruturas *ad hoc* derivadas do modelo de Nonaka e Takeuchi. Para avaliar o grau de maturidade, o autor, entre outras coisas, considera quesitos como mercado, ciclo de vida do produto, cultura, TIC, capacidade de inovar, estrutura e pessoas, desenho e desenvolvimento dos processos, inovação de processos de produtos e de serviços, etc., além da importância de criar e compartilhar conhecimento.

Hsieh, Lin e Lin (2009) apresentam um modelo de GC com cinco níveis de maturidade (estágio caótico do conhecimento; estágio consciente do conhecimento; estágio GC; estágio avançado de GC; e estágio de integração de GC) considerando três aspectos: cultura, processos de GC e TI, sendo 68 questões em 16 áreas aplicadas em 30 organizações de Taiwan. O Quadro 12 apresenta os três aspectos dentro dos cinco estágios de maturidade definidos pelos autores. Os autores também consideram o quesito inovação. No questionário, os autores também avaliam, sob a ótica dos três aspectos, se a organização identifica, cria, armazena, compartilha e aplica o conhecimento.

Quadro 12 – Níveis de maturidade sob três aspectos

Níveis	Cultura	Processos	TI
Integração	A organização usa sólida regulação e cultura para sustentar o desenvolvimento da GC.	A organização pode integrar conhecimento e construir ambiente de rede.	O ambiente técnico de GC pode apoiar a integração de conhecimento.

Continua.

Cont. Quadro 12.

Avançado	A organização confirma a execução GC por meio de sólida regulação e cultura.	A organização pode qualificar e quantificar a performance em GC.	A organização tem técnica e ambiente de apoio à GC em longo prazo.
Estágio GC	Organização promove GC por meio de regulação e cultura.	A organização define, compartilha, captura e armazena conhecimento por meio de métodos gerenciais.	A organização tem ambiente técnico e apoia GC.
Consciente	Empregados estão conscientes da importância da GC.	Empregados definem, compartilham, capturam e armazenam conhecimento com alta frequência.	A organização começa a nutrir técnicas de ambiente de GC.
Caótico	Empregados reconhecem o conceito de GC.	Empregados definem, compartilha, capturam, armazenam conhecimento do seu próprio jeito.	Organização tem ambiente computacional e membros têm capacidades básicas em TI.

Fonte: elaborado pelo autor, com base em Fonte: Hsieh, Lin e Lin (2009).

Pee e Kankanhalli (2009) apresentam um modelo que chamam de *General KM Maturity Model* (G-KMMM). Ele abrange os estágios inicial, consciente, definido, gerenciado e de otimização, que são diferenciados em termos de suas características relacionadas aos aspectos de pessoas, processos e tecnologia do GC e foi aplicado em uma organização de sistemas de informação de uma universidade pública. Além disso, os autores também ressaltam a importância de criar, armazenar, compartilhar e aplicar conhecimento, durante o decorrer do seu instrumento. Kraemer *et al.* (2017) defendem que ainda que o foco do modelo G-KMMM seja para unidades intensivas de conhecimento, ele poderá ser utilizado em unidades, departamentos e organizações, de forma a medir as diferenças entre cada um. Os autores disponibilizam a sua ferramenta de avaliação a fim de que outros pesquisadores também possam utilizar e validar o modelo, como uma crítica a outros modelos que não são passíveis de validação, pois são proprietários ou não especificados. São áreas-chave a serem observadas em seu modelo: liderança, TI, cultura, processos e pessoas.

Fengju e Xiaojing (2011) introduzem um modelo chamado de Gerenciamento Inovador de Conhecimento Corporativo, ou *Innovative Enterprise Knowledge Management* (IEKM), o qual possui quatro dimensões: criação, assimilação, aplicação e proteção do conhecimento. A ferramenta também possui cinco níveis de maturidade: inicial, discreto, integrado, normativo e otimizado, conforme apresenta o Quadro 13. Os autores destacam a importância dos processos durante a apresentação de seu instrumento e de criar, assimilar, aplicar (aqui inclui compartilhar) e proteger o conhecimento. Para avaliar a maturidade, os

autores observam tecnologia, produtos, patentes, compartilhamento de conhecimento, produção, custos, propriedade intelectual, marca, etc.

Quadro 13 – Níveis de maturidade por Fengju e Xiaojing (2011)

Níveis	Principais características
Inicial	GC está em estado caótico.
	Não há planejamento ou procedimentos detalhados de gerenciamento
	Não há instituições especiais de gestão do conhecimento e ferramentas técnicas
Discreto	Cada departamento percebe a importância do conhecimento gestão.
	O departamento formulou preliminarmente procedimentos de GC.
	Há ferramentas técnicas básicas de GC.
Integrado	As conquistas da gestão do conhecimento atraem a atenção da empresa.
	Um sistema de gestão do conhecimento é estabelecido.
	As barreiras de conhecimento entre os diferentes departamentos são gradualmente quebradas.
	Os procedimentos de GC não podem ser operados normativamente.
Normativo	Os funcionários têm uma visão comum do compartilhamento e da cooperação de conhecimento.
	A GC pode ser definida com precisão e monitorada coerentemente.
	A plataforma de gerenciamento de conhecimento é estabelecida e a integração efetiva com os negócios é alcançada.
Otimizado	Uma organização baseada no conhecimento foi formada.
	A capacidade de gerenciamento de conhecimento é aprimorada automaticamente com os procedimentos de negócios.
	O custo de gerenciamento de conhecimento é continuamente reduzido enquanto sua eficiência aumenta.

Fonte: Adaptado de Fengju e Xiaojing (2011).

Serna (2012) apresenta um modelo fazendo um paralelo com os objetivos de aprendizagem da taxonomia de Bloom, o qual propõe três domínios de objetivos para aprendizagem, a saber: (i) cognitivo, que se refere a conhecimento e está dividido nas dimensões gestão de recursos, gestão analítica, gestão de significado e gestão da ação; (ii) afetivo, que envolve atitude; e (iii) psicomotor, que consiste em habilidade. Além disso, o modelo é apresentado de forma teórica e não aplicada. São níveis de maturidade: disposto; reativo; apreciativo; organizado e otimizado. Com a sua pesquisa, o autor busca concentrar esforços para ressaltar a importância de compartilhar conhecimento, com base em suporte, mapeamento, armazenamento, entendimento e disseminação, apoiar e criar as muitas atividades possíveis realizadas pelas pessoas através da aplicação de seus conhecimentos.

O estudo de Chen e Fong (2012) foi aplicado em empresas de construção de Hong Kong e diz que as abordagens tecnológicas, que se concentram em ferramentas de TIC, bem como, abordagem centrada nas pessoas, que foca nos aspectos humanos e organizacionais, são grandes categorias de mecanismos que atuam como facilitadores dos processos de

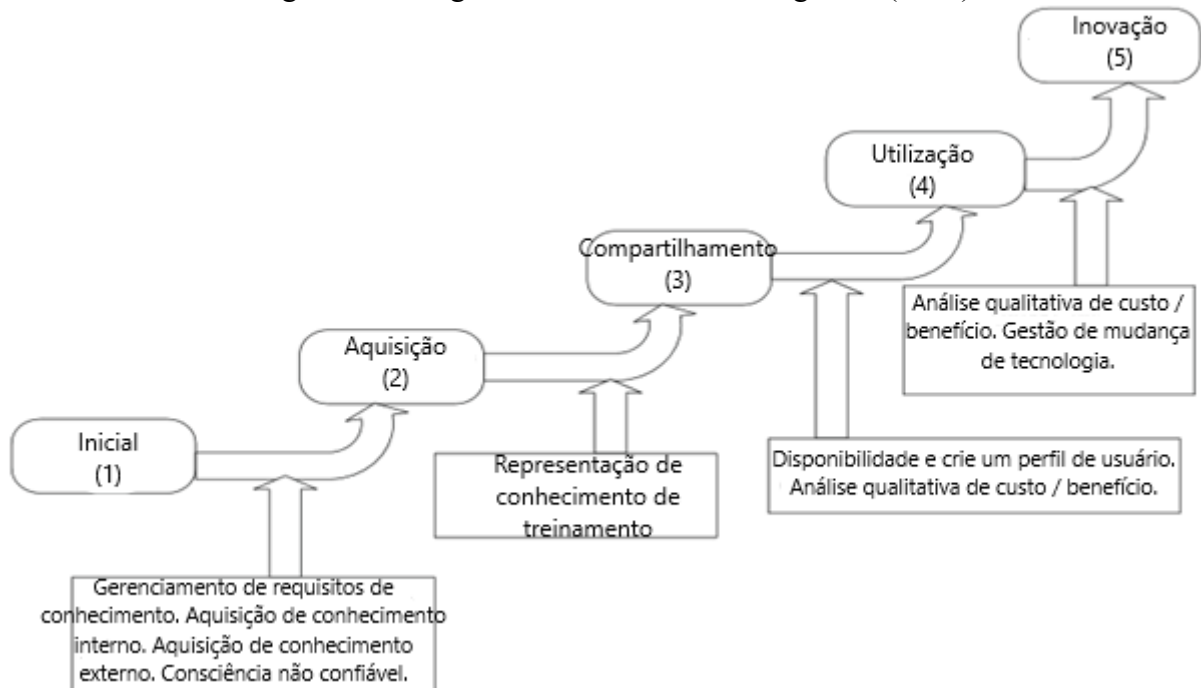
conhecimento. Além disso, durante a aplicação do instrumento, os autores se referem aos quesitos inovação, tecnologia, cultura organizacional e estilo de liderança. O desenho do modelo é feito à base de três áreas: mecanismos de governança do conhecimento; processos de conhecimento e desempenho do negócio, e possui cinco níveis de maturidade, divididos em fases: (i) não desenvolvida; (ii) subdesenvolvida; (iii) em desenvolvimento; (iv) desenvolvida; e (v) altamente desenvolvida.

Em se tratando das dimensões dos processos de conhecimento, Chen e Fong (2012) consideram quatro: (i) capacidade de resposta do conhecimento, composto por atividades de conhecimento em resposta a vários tipos de conhecimento aos quais uma empresa tem acesso; (ii) aquisição de conhecimento, que envolve busca e aquisição de conhecimentos do ambiente externo e criação de novos conhecimentos, com base existentes na empresa; (iii) disseminação do conhecimento, que caracteriza os processos de criação e manutenção de estruturas, sistemas e temas interativos para compartilhar e reter conhecimento; e (iv) utilização do conhecimento, que representa o processo de utilização do conhecimento.

O modelo de Yang e Yu (2013) é baseado no CMM, e, nele, a empresa analisa primeiramente o seu estágio de acordo com o ciclo de vida no setor (inicial, em crescimento, maduro ou em recessão), e, a partir disso, ela avalia a sua classificação, com base no estágio de maturidade.

Após isso, a empresa classifica em qual estágio de maturidade ela está, de forma a considerar, também, cinco níveis: inicial, de aquisição, de compartilhamento, de utilização e de inovação, conforme a Figura 7. Assim sendo, o modelo é muito voltado à questão do negócio em si, pois engloba, em sua avaliação, conceitos de custo-benefício e análise do negócio. Mas também deixa clara a importância do quesito tecnologia e da inovação.

Figura 7 – Estágios de maturidade de Yang e Yu (2013)



Fonte: Adaptado de Yang e Yu (2013, p. 260).

Oliveira e Pedron (2014) apresentam um modelo e quatro fatores: (i) ambiente interno, que envolve apoio da alta gestão e TI; (ii) conteúdo, que envolve conhecimento tácito e explícito; (iii) processos, que envolvem criação, armazenamento e compartilhamento; e (iv) ambiente externo, que envolve clientes, parceiros e fornecedores. Quanto aos níveis, eles são divididos em cinco, da seguinte forma:

- (i): a empresa não reconhece o valor do conhecimento;
- (ii): a empresa reconhece o valor do conhecimento;
- (iii) - a empresa introduz a gestão do conhecimento;
- (iv) - a empresa avalia e aprimora a gestão do conhecimento internamente;
- (v) - a empresa desenvolve redes de conhecimento, interna e externamente

Além disso, o modelo proposto por Oliveira e Pedro (2014) considera a capacidade de absorção, a inovação e o desempenho organizacional.

O modelo de Arias-Pérez e Durango-Yepes (2015) é baseado nos modelos de Pee e Kankanhalli (2009) e Serna (2012) e é composto por cinco níveis de maturidade com quatro áreas-chave: (i) pessoas e organização, que compreendem relações entre as pessoas, coordenação com liderança, cultura, incentivos por criar e compartilhar conhecimento, etc.; (ii) processos, que envolvem criação, coleta (armazenamento, captura e identificação), troca

(compartilhamento) e aplicação de conhecimento (absorver e utilizar dados, informações e conhecimentos); (iii) tecnologia, que consiste em toda a estrutura de tecnologia da informação e comunicação; (iv) interpretação, que envolve a gestão analítica, de recursos, de significado e de ação. A pesquisa foi aplicada em grandes organizações da Colômbia e os seus níveis de maturidade são: inicial, de consciência, definido, gerenciado e otimizado. Sistema de recompensa por criação e compartilhamento de conhecimento são importantes.

Galati (2015) constrói um framework teórico, com base em três dimensões: (i) fontes de conhecimento, as quais podem ser internas ou externas, relacionadas à capacidade absorviva; (ii) processos de implementação de GC, que são definidos como um processo de mudança organizacional, por meio das fases de descongelando (quando existe a implantação de um senso de urgência por mudanças), movendo (quando a mudança está sendo implantada), institucionalizando (quando já está consolidada, a fim de que se não retorne ao estágio anterior); e (iii) consciência da estratégia de GC, cujas fases são (a) sem estratégia, (b) estratégia de codificação (explicita-se o conhecimento), (c) estratégia de simbiose, na qual há a gestão tanto do conhecimento tácito quanto do explícito, e (d) organização de aprendizagem, quando a aprendizagem é o foco principal. O autor recomenda também que exista um foco em tecnologia, pessoas e processos e informa que o seu *framework* teórico proposto também poderia apoiar a capacidade de infraestrutura de conhecimento (cultura, estrutura e tecnologia) de uma organização. Ademais, o autor ressalta a importância de armazenar e compartilhar o conhecimento, ao longo da apresentação de seu *framework* teórico.

Assim sendo, é possível notar que alguns aspectos aparecem mais comumente em diversos trabalhos, de forma que se note a sua importância ao construir um instrumento que analise o estado da GC numa organização ou que ainda oriente a implantar, caso não a tenha. É o caso de processos, pessoas, tecnologia, além dos processos de criação, armazenamento, compartilhamento e aplicação do conhecimento, conforme apresenta o Quadro 14.

Quadro 14 – Fatores críticos de sucesso dos modelos de Kraemer *et al.* (2017)

Referências	Fatores críticos de sucesso
Hung, Chou e Chen. (2005)	TI, cultura, processo, estrutura
Robinson <i>et al.</i> (2005)	Liderança, TI, cultura, processo, pessoas, mensuração
Robinson <i>et al.</i> (2006)	Liderança, TI, cultura, processo, pessoas, mensuração
Feng (2006)	TI, cultura, estrutura
Kruger e Snyman (2007)	TI, cultura, processo, mensuração
Grundstein (2008)	TI, cultura, processo, pessoas, aprendizado, mensuração, inovação, estrutura, produtos

Continua.

Cont. Quadro 14.

Hsieh, Lin e Lin (2009)	TI, cultura, processo, inovação.
Pee e Kankanhalli (2009)	Liderança, TI, cultura, processo, pessoas,
Fengju e Xiaojing (2011)	TI, processo, produtos
Ekinocia, Bernard e Plaisent (2007)	Processo, pessoas
Ekinocia, Bernard e Plaisent (2011)	Processo, pessoas
Ekinocia <i>et al.</i> (2011)	Processo, pessoas
Ekinocia <i>et al.</i> (2012)	Processo, pessoas
Serna (2012)	TI, pessoas
Chen e Fong (2012)	Liderança, TI, cultura, processo, pessoas, inovação
Yang e Yu (2013)	TI, processo, inovação
Oliveira e Pedron (2014)	Liderança, TI, processo, pessoas, inovação
Arias-Pérez e Durango-Yepes (2015)	TI, processo, pessoas, gestão de RH (incentivos, prêmios, treinamento, etc.)
Galati (2015)	TI, cultura, processo, pessoas, estrutura

Fonte: elaborado pelo autor (2020).

Logo, conclui-se que dos trabalhos analisados por Kraemer *et al.* (2017), e revisados também por esta dissertação, o FCS processos (17) é o mais frequente, seguido de TI (15); pessoas (13); cultura (10); liderança (5), que envolve, em alguns casos, apoio da alta gestão da organização no processo de implementação da GC; inovação (5); mensuração (4); estrutura (4); produtos (2); aprendizado (1); e gestão de RH (1), que inclui, em alguns casos, treinamentos pela empresa, premiações e incentivos concedidos pela empresa.

2.4.3 Outras Referências

A fim de complementar as buscas sistemáticas anteriores sobre modelos de maturidade de GC, foi realizada uma busca sistemática. Segundo Ferenhof e Fernandes (2014), a busca sistemática é um método de investigação científica que visa a eliminar vieses por meio de planejamento e sistematização de busca nas bases de dados científicas por estudos originais. Dessa forma, ela sintetiza resultados em portfólio bibliográfico. Nesse tipo de pesquisa, estabelecem-se, previamente, critérios claros e objetivos de inclusão e exclusão.

A busca sistemática foi feita na base acadêmica Scopus, selecionando *social sciences* e *business, management and accounting* no período de 2016 a 31 de julho de 2020, usando as palavras-chave *maturity AND model AND "knowledge management"*. Dessa forma, foram retornados 46 documentos dentro do período pretendido, os quais foram lidos seus resumos para verificar a relação com o tema e se eles proporiam um modelo que avaliasse ou orientasse

a maturidade da GC organizacional. Duas referências (POUR; MANIAN; YAZDANI, 2016; ESCRIVÃO; SILVA, 2019) fizeram uma revisão sistemática de literatura sobre modelos já existentes e apresentaram, com base nos achados, o que consideraram ser mais importante traduzido em seis referências. Uma referência (SENSUSE; CAHYANINGSIH, 2018) avaliou modelos de GC já existentes e quatro referências (ARIAS-PÉREZ; TAVERA-MESÍAS; CASTAÑO-SERNA, 2016; LAK; REZAEENOUR, 2019; AWASTHY *et al.*, 2018; KURNIAWAN; JINGGA; LIMANTARA, 2019; HARTONO *et al.*, 2019) propuseram novo modelo.

Além disso, houve um trabalho (SOUZA; HELOU; SOHN, 2018) que não propôs novo modelo, mas aplicou o de Batista (2012), já mencionado nesta dissertação, no Instituto Federal Catarinense, a fim de identificar o nível de maturidade em gestão do conhecimento. O Quadro 15 apresenta o portfólio encontrado na busca sistemática.

Quadro 15 – Portfólios identificados

Autores	Título	Tipo	Observações
Pour, Manian e Yazdani (2016)	A theoretical and methodological examination of knowledge management maturity models: a systematic review	Artigo	Revisão sistemática de literatura
Escrivão e Silva (2019)	Knowledge management maturity models: identification of gaps and improvement proposal	Artigo	Revisão sistemática de literatura
Souza, Helou e Sohn (2018)	Identificação do grau de maturidade em gestão do conhecimento no setor de ensino: um estudo no Instituto Federal Catarinense Câmpus Araquari	Artigo	Aplica o modelo de Batista (2012)
Sensuse e Cahyaningsih (2018)	Knowledge management models: a summative review	Artigo	Avalia modelos já existentes
Arias-Pérez, Tavera-Mesías e Castaño-Serna (2016)	Construcción de un modelo de madurez de gestión de conocimiento para una multinacional de alimentos de una economía emergente	Artigo	Propõe novo modelo.
Lak e Rezaeenour (2019)	Maturity assessment of social customer knowledge management (SCKM) using fuzzy expert system	Artigo	Propõe novo modelo.

Continua.

Cont. Quadro 15.

Awasthy <i>et al.</i> (2018)	A maturity model for university-industry collaboration	Apresentação em Conferência	Propõe novo modelo.
Kurniawan, Jingga e Limantara (2019)	The knowledge management maturity model for Indonesian hospital	Artigo	Propõe novo modelo.
Hartono <i>et al.</i> (2019)	. Knowledge management maturity performance in a project environment: moderating roles of firm size and project complexity	Artigo	Propõe novo modelo.

Fonte: Elaborado pelo autor (2020).

Quanto às revisões sistemáticas de literatura, Pour, Manian e Yazdani (2016) efetuaram suas buscas no período compreendido entre os anos de 2000 e 2014, a fim de verificar os principais modelos de maturidade da literatura. Segundo os autores, as dimensões mais encontradas são tecnologia da informação (16 vezes), processos (14 vezes), pessoas (11 vezes), conteúdo (8 vezes), estratégia de GC (6 vezes) e cultura (5 vezes). Além disso, 41% são baseados no modelo CMM e 59% em outros modelos. Quanto aos estágios de maturidade, 32% apresentam quatro estágios, 4% sete estágios, 5% três estágios e 59% cinco estágios.

Escrivão e Silva (2019) também realizaram uma revisão sistemática de literatura nas bases acadêmicas Web of Science, Scopus e Google Scholar, com o objetivo revisar os modelos de maturidade em gestão do conhecimento, de forma a indicar deficiências, identificar fatores relevantes para os modelos e sugerir melhorias. Com base nos achados, os quatro estágios, para os autores, são:

- (i) Iniciação funcional: uso isolado de ferramentas a fim de gerenciar o conhecimento organizacional;
- (ii) Especialização funcional: no qual há o desenvolvimento da infraestrutura necessária para as práticas de GC;
- (iii) Integração interna: existem controle, monitoramento, mensuração e melhora contínua nas práticas de GC;
- (iv) Integração externa: integração das práticas de GC com a rede externa.

Além disso, Sensuse e Cahyaningsih (2018) investigaram 173 trabalhos da literatura, a fim de discutir os modelos de GC já existentes baseados em definições, conceitos, funções,

atividades e abordagens relacionadas à GC. Foram encontrados 22 modelos diferentes, os quais foram categorizados em quatro tipos diferentes:

(i) GC com base em processos: baseada em processos de GC, que explica sobre seus estágios ou atividades de processos de GC, os quais dependem de seus objetivos ou funções;

(ii) GC com base em estratégias: a estratégia de gestão do conhecimento está relacionada ao processo e à infraestrutura da organização para criar e compartilhar conhecimento, a fim de definir a estratégia e tomar decisões (ZACK; HALL, 2002);

(iii) GC com base em tipos de conhecimento: o modelo de GC determina o tipo de conhecimento, mapeando-o para alguns tipos de conhecimento, como tácito, explícito, organização, indivíduo, social, etc.;

(iv) GC com base na maturidade da implementação: este modelo de gerenciamento de conhecimento é usado para medir o nível de maturidade da implementação GC na organização.

Quanto aos FCS, os autores os apresentam, em ordem de importância, do mais relevante para o menos: processos (incluindo aquisição, armazenamento, conversão, criação, disseminação e aplicação do conhecimento), tecnologia, cultura, apoio da liderança, infraestrutura, gestão de recursos humanos (benefícios, recompensas, treinamento), conhecimento organizacional, aprendizado, estratégia, mensuração.

Arias-Pérez, Tavera-Mesías e Castaño-Serna (2016) buscaram construir e aplicar um modelo de maturidade de GC em uma multinacional do ramo alimentício de uma economia emergente. Dessa forma, foi aplicado um questionário em 3 mil funcionários em 14 unidades de negócios. O modelo foi estruturado em quatro áreas: estratégia, cultura, processos de conhecimento e tecnologia, classificando cinco níveis de maturidade: inicial, exploratório, usado, gerenciado e inovação. Foi identificado que a organização objeto de estudos estava no nível gerenciado em todas as quatro áreas.

Awasthy *et al.* (2018) apontam que os processos-chave para o modelo de maturidade deles envolve: problema, pessoas (certas e capazes), características da parceria, incluindo motivação, processo de colaboração e seu gerenciamento, comunicação (incluindo rede e plataforma digital), troca de conhecimento incluindo transferência de tecnologia, estratégias e políticas (colaboração como parte da declaração de missão). São seis os níveis de maturidade: inexistente, inicial, planejado ou encorajado, praticado, gerenciado e em contínuo melhoramento.

O trabalho de Lak e Rezaeenour (2019) objetivou avaliar o nível de maturidade da GC do cliente por meio das mídias sociais. Desse modo, o modelo consistia em 11 FCS: estratégia, liderança, tecnologia da informação, gerenciamento de conhecimento, cultura, processo, recursos, inteligência de negócios, segurança, cliente social e avaliação. Os autores classificam os níveis de maturidade como inicial, respeitável, definido, gerenciado e otimizado. Ademais, o sistema não foi projetado para aplicação em estudo de caso, mas pode ser utilizado como referência para uma análise aprofundada da prontidão organizacional para implementação na organização da GC do cliente por meio de mídias sociais.

O estudo de Kurniawan, Jingga e Limantara (2019) busca melhorar o desempenho dos serviços hospitalares por meio de um método de implementação do sistema de gestão do conhecimento adaptado às condições do hospital, de maneira que os autores propõem um modelo de maturidade de GC, a fim de determinar quais estratégias são adequadas nesse caso. A coleta de dados acontece em 33 hospitais e, como resultados, eles apresentam uma estrutura para identificar a maturidade da GC das organizações por eles estudadas, bem como, recomendações estratégicas a fim de que se melhore o desempenho dos serviços prestados. O sucesso da implantação da GC depende de variáveis independentes específicas do setor hospitalar, como confiabilidade, rapidez na tomada das decisões médicas e conselhos de gestão relacionados aos serviços médicos, bem como, em outras variáveis como: (i) capacidade de interação social, que considera a capacidade de conversão e aplicação do conhecimento; (ii) liderança do conhecimento, que tem a ver com a gestão de recursos humanos, o que implica programas de incentivos e apoio da alta gestão à implementação de GC; (iii) tecnologias da informação, inclusive para apoiar atividades médicas. Os estágios de maturidade são: inicial, definido e otimizado e possuem relação direta, respectivamente, com as três variáveis.

Hartono *et al.* (2019) desenvolveram modelos teóricos alternativos para explicar a possível associação entre maturidade em GC e desempenho da empresa em um ambiente baseado em projetos. Os autores também consideram o tamanho da empresa, entre outros fatores. A pesquisa foi realizada em empresas de construção de Cingapura e, de 746 empresas convidadas, 68 (9%) ofereceram respostas válidas. Como resultados, existem efeitos moderados fortes e positivos em se tratando do tamanho da empresa e da complexidade estrutural do projeto. Como variáveis ou dimensões, os autores consideram maturidade da GC, pessoas, processos, tecnologias, complexidade, complexidade estrutural, tamanho da organização,

incertezas e desempenho. Quanto ao nível de maturidade, os autores classificam como alto ou baixo, etc. Como processo de GC, os autores mencionam criação, armazenamento, transferência e aplicação. O Quadro 16 sintetiza os principais FCS encontrados em artigos de 2016 a 2020.

Quadro 16 – Principais FCS encontrados em artigos de 2016 a 2020

Referências	Fatores críticos de sucesso
Lak e Rezaenour (2019)	Liderança, estratégia, TI, gestão do conhecimento, cultura, processo, recursos, inteligência de negócios, segurança, cliente social, avaliação
Arias-Pérez, Tavera-Mesías e Castaño-Serna (2016)	Estratégia, TI, cultura, processo
Awasthy <i>et al.</i> (2018)	Estratégia, TI, pessoas, processos
Kurniawan, Jingga e Limantara (2019)	Liderança, TI, Gestão de RH (prêmios, treinamentos, etc.)
Hartono <i>et al.</i> (2019)	TI, gestão do conhecimento, processo, pessoas, tamanho da organização, incertezas, estruturas
Pour, Manian e Yazdani (2016)*	Estratégia, TI, GC, cultura, processo, pessoas
Escrivão e Silva (2019)*	Liderança, estratégia, TI, gestão do conhecimento, cultura, processo, infraestrutura, gestão de RH (prêmios, treinamentos, etc.), aprendizado, mensuração
Souza, Helou e Sohn (2018) - modelo Batista (2012)	Aplica o modelo de Batista (2012)

* são revisões sistemáticas de literatura.

Fonte: Elaborado pelo autor (2020).

Dessa forma, nota-se que o FCS mais frequente é a tecnologia da informação (7), seguida de processos (6), estratégia (5), gestão do conhecimento (4), cultura organizacional (4), liderança (3), que envolve, em alguns casos, apoio da alta gestão da organização no processo de implementação da GC; pessoas (3), gestão de RH (2), que inclui, em alguns casos, treinamentos pela empresa, premiações e incentivos concedidos pela empresa; e os demais com a frequência de uma única vez dentre os trabalhos analisados.

Logo, ao longo deste capítulo, foram analisados 29 modelos de maturidade de gestão do conhecimento propostos pela literatura, mais 2 trabalhos (POUR; MANIAN; YAZDANI, 2016; ESCRIVÃO; SILVA, 2019) que efetuaram uma revisão sistemática de literatura e expuseram seus achados. Desse modo, foram evidenciados os principais fatores críticos de sucesso de cada modelo, os seus respectivos processos, fases de maturidade, quando neles constavam, o que neles havia em comum, sendo que esses quesitos serão úteis para subsidiar a próxima etapa desta dissertação, a qual aborda a metodologia em que a pesquisa se desenvolverá.

2.4.4 Frequência dos Fatores Críticos de Sucesso

O Quadro 17 apresenta os principais fatores críticos de sucesso (também chamados de viabilizadores) encontrados nos trabalhos de Batista (2012), Kraemer *et al.* (2017) e na busca sistemática do tópico 2.4.3.

Quadro 17 – Frequência dos principais FCS

Fatores críticos de sucesso ou viabilizadores	Referências
Processos (27)	Batista (2012) Gespública OKA Fórum Europeu Hung, Chou e Chen. (2005) Robinson <i>et al.</i> (2005) Robinson <i>et al.</i> (2006) Kruger e Snyman (2007) Grundstein (2008) Hsieh, Lin e Lin (2009) Pee e Kankanhalli (2009) Fengju e Xiaojing (2011) Ekinoea, Bernard e Plaisent (2007) Ekinoea, Bernard e Plaisent (2011) Ekinoea <i>et al.</i> (2011) Ekinoea <i>et al.</i> (2012) Chen e Fong (2012) Yang e Yu (2013) Oliveira e Pedron (2014) Arias-Pérez e Durango-Yepes (2015) Galati (2015) Lak e Rezaeenour (2019) Arias-Pérez, Tavera-Mesías e Castaño-Serna (2016) Hartono <i>et al.</i> (2019) Awasthy <i>et al.</i> (2018) Pour, Manian e Yazdani (2016)* Escrivão e Silva (2019)*
TI / tecnologias (25)	Batista (2012) OKA Fórum Europeu Hung, Chou e Chen. (2005) Robinson <i>et al.</i> (2005) Robinson <i>et al.</i> (2006) Feng (2006) Kruger e Snyman (2007) Grundstein (2008) Hsieh, Lin e Lin (2009) Pee e Kankanhalli (2009) Fengju e Xiaojing (2011) Serna (2012) Chen e Fong (2012)

Continua.

Cont. Quadro 17.

TI / tecnologias (25)	<p>Yang e Yu (2013) Oliveira e Pedron (2014) Arias-Pérez e Durango-Yepes (2015) Galati (2015) Lak e Rezaeenour (2019) Arias-Pérez, Tavera-Mesías e Castaño-Serna (2016) Awasthy <i>et al.</i> (2018) Kurniawan, Jingga e Limantara (2019) Hartono <i>et al.</i> (2019) Pour, Manian e Yazdani (2016)* Escrivão e Silva (2019)*</p>
Pessoas (20)	<p>Batista (2012) Gespública OKA Fórum Europeu Robinson <i>et al.</i> (2005) Robinson <i>et al.</i> (2006) Grundstein (2008) Pee e Kankanhalli (2009) Ekinoea, Bernard e Plaisent (2007) Ekinoea, Bernard e Plaisent (2011) Ekinoea <i>et al.</i> (2011) Ekinoea <i>et al.</i> (2012) Serna (2012) Chen e Fong (2012) Oliveira e Pedron (2014) Arias-Pérez e Durango-Yepes (2015) Galati (2015) Hartono <i>et al.</i> (2019) Pour, Manian e Yazdani (2016)* Awasthy <i>et al.</i> (2018)</p>
Cultura / cultura organizacional (16)	<p>OKA Prêmio MAKE Hung, Chou e Chen. (2005) Robinson <i>et al.</i> (2005) Robinson <i>et al.</i> (2006) Feng (2006) Kruger e Snyman (2007) Grundstein (2008) Hsieh, Lin e Lin (2009) Pee e Kankanhalli (2009) Chen e Fong (2012) Galati (2015) Lak e Rezaeenour (2019) Arias-Pérez, Tavera-Mesías e Castaño-Serna (2016) Pour, Manian e Yazdani (2016)* Escrivão e Silva (2019)*</p>
Liderança (11)	<p>Batista (2012) OKA Prêmio MAKE Robinson <i>et al.</i> (2005) Robinson <i>et al.</i> (2006) Pee e Kankanhalli (2009) Chen e Fong (2012) Oliveira e Pedron (2014)</p>

Continua.

Cont. Quadro 17.

Liderança (11)	Lak e Rezaeenour (2019) Kurniawan, Jingga e Limantara (2019) Escrivão e Silva (2019)*
Estrutura (6)	Hung, Chou e Chen. (2005) Feng (2006) Grundstein (2008) Galati (2015) Hartono <i>et al.</i> (2019) Escrivão e Silva (2019)*
Inovação (6)	Batista (2012) Grundstein (2008) Hsieh, Lin e Lin (2009) Chen e Fong (2012) Yang e Yu (2013) Oliveira e Pedron (2014)
Estratégia (6)	Batista (2012) Arias-Pérez, Tavera-Mesías e Castaño-Serna (2016) Awasthy <i>et al.</i> (2018) Lak e Rezaeenour (2019) Pour, Manian e Yazdani (2016)* Escrivão e Silva (2019)*
Mensuração (5)	Robinson <i>et al.</i> (2005) Robinson <i>et al.</i> (2006) Kruger e Snyman (2007) Grundstein (2008) Escrivão e Silva (2019)*
Gestão de RH (prêmios, treinamentos, incentivos) (4)	Batista (2012) Arias-Pérez e Durango-Yepes (2015) Kurniawan, Jingga e Limantara (2019) Escrivão e Silva (2019)*

*São revisões de literatura.

Fonte: Elaborado pelo autor (2020).

Dessa forma, dos 31 modelos analisados – 29 modelos propostos pela literatura e mais 2 revisões sistemáticas de literatura - verifica-se que os fatores críticos de sucesso – ou viabilizadores – mais frequentes são: processos (27); TI (25); pessoas (20); cultura organizacional (16); liderança (11); estrutura (6); inovação (6); estratégia (6); mensuração (5); gestão de RH, sendo prêmios, treinamento e incentivos (4).

Além disso, há de se ressaltar que o autor Heisig (2009) avaliou 160 modelos de GC e classificou os fatores críticos em quatro categorias: (i) fatores humanos: cultura, pessoas e liderança; (ii) organização: processo e estrutura; (iii) tecnologia: infraestrutura e tecnologia; e (iv) processo de gestão: estratégia, objetivos e mensuração. Seu modelo possuía foco nos processos de trabalho, no conhecimento (criação, armazenamento, compartilhamento e aplicação) e nos viabilizadores aqui citados.

A revisão feita por Pour, Manian e Yazdani (2016) também encontrou, conforme já abordado, os seguintes fatores críticos de sucesso: tecnologia da informação (16 vezes), processos (14 vezes), pessoas (11 vezes), conteúdo (8 vezes), estratégia de GC (6 vezes) e cultura (5 vezes). Além disso, a revisão sistemática de literatura de Escrivão e Silva (2019), também apresentada anteriormente, mostra que os principais fatores críticos de sucesso encontrados na literatura em modelos de maturidade de GC são: processos (18); tecnologia (17); cultura (14); apoio da alta gerência (liderança, time, conhecimento de trabalho) (13); infraestrutura (8); gestão de recursos humanos (benefícios, recompensas e treinamentos) (8); conhecimento organizacional (6); aprendizado (6); estratégia (5); e mensuração (3).

Portanto, é correto concluir que é pacífico o entendimento na literatura de que determinados fatores críticos de sucesso – ou viabilizadores – aparecem com maior frequência nos modelos de maturidade de gestão do conhecimento do que outros, como, por exemplo, processos, tecnologia, pessoas, liderança, cultura, entre outros. Com base nisso, o próximo capítulo apresentará a metodologia que dá direção à pesquisa contida nesta dissertação de mestrado.

3 METODOLOGIA

O capítulo 3 descreve o método científico utilizado para a escrita desta dissertação. Para Jung (2004), a metodologia consiste no conjunto de técnicas e procedimentos que visam a viabilizar a execução de uma pesquisa, de forma a obter novo produto, processo ou conhecimento. Segundo Cervo e Bervian (1978), o método científico procura descobrir a realidade dos fatos, que, por sua vez, quando descobertos, devem servir como guia para o uso do método. Assim sendo, a pesquisa parte de uma dúvida ou problema, que, com o uso do método científico, busca uma resposta ou uma solução.

Diante do exposto, o próximo tópico abrangerá o tipo de pesquisa, assim como, a classificação quanto à sua natureza, à abordagem, aos objetivos, aos procedimentos técnicos, à técnica de coleta de dados e à técnica de análise de dados que nortearam esta pesquisa.

3.1 CARACTERIZAÇÃO GERAL DA PESQUISA

Existem várias formas de se classificar a pesquisa científica. Dentre elas, destacam-se quanto à natureza (CERVO; BERVIAN, 1978; SILVA; MENEZES, 2005), à abordagem (SILVA; MENEZES, 2005), aos seus objetivos e aos procedimentos técnicos (GIL, 2002; 2008; SILVA; MENEZES, 2005), à técnica ou o instrumento de coleta de dados (MARCONI; LAKATOS, 2003; SILVA; MENEZES, 2005) e à técnica de análise de dados (MARCONI; LAKATOS, 2003; SILVA; MENEZES, 2005; GIL, 2008).

Assim sendo, **quanto à natureza**, esta pesquisa se classifica como **aplicada**, na medida em que tem como objeto de análise as clínicas universitárias das instituições de ensino superior da ACAFE.

A pesquisa aplicada possui o foco nos problemas presentes, em atividades das instituições, das organizações, dos grupos ou dos atores sociais. Ela se concentra em elaborar diagnósticos, identificar problemas e buscar soluções. Além disso, ela responde a uma demanda que é estipulada por clientes, atores sociais ou instituições (THIOLLENT, 2009).

Quanto à abordagem, esta pesquisa é classificada como **qualitativa**, pois busca analisar o grau de maturidade em gestão do conhecimento das clínicas universitárias de saúde das instituições de ensino superior que compõem a ACAFE.

Na abordagem qualitativa, existe uma relação dinâmica entre sujeito e mundo real. Um vínculo indissociável entre mundo real e subjetividade do sujeito. Assim sendo, a interpretação dos fenômenos para lhes dar significado é fundamental no processo de pesquisa. Além disso, essa abordagem não utiliza métodos e técnicas estatísticas e o ambiente natural é o pesquisador é o principal instrumento (SILVA; MENEZES, 2005). Nessa abordagem, uma espécie representativa do grupo maior de sujeitos participará dos estudos. Entretanto, em regra, a preocupação maior não é com a quantificação da amostragem e, ao contrário do critério aleatório de seleção, define-se intencionalmente, de forma a se considerar uma série de condições (sujeitos essenciais, segundo o ponto de vista do investigador, a fim de esclarecer o assunto estudado; disponibilidade de tempo para entrevistas; facilidade para se encontrar com as pessoas; etc.) (TRIVIÑOS, 1987). Assim sendo, esta pesquisa entrou em contato direto com as instituições pesquisadas, as quais foram definidas de forma intencional, a fim de atingir os objetivos do trabalho.

Quanto aos objetivos, foi utilizada a **pesquisa descritiva**, a qual, segundo Gil (1991), tem como objetivo descrever determinada população ou fenômeno ou ainda estabelecer relações entre variáveis, valendo-se de técnicas como questionário e observação sistemática. Neste trabalho, foi realizado um estudo de multicasos em clínicas universitárias de instituições de ensino superior da Acafe e analisado o seu grau de maturidade em gestão do conhecimento, inclusive, por meio da aplicação de questionários. O Quadro 18 apresenta a classificação da pesquisa quanto à natureza, à abordagem e aos objetivos.

Quadro 18 – Classificação da pesquisa

Aspectos	Classificação
Natureza	Aplicada
Abordagem	Qualitativa
Objetivos	Descritiva

Fonte: Elaborado pelo autor (2020).

Quanto aos **procedimentos técnicos**, utilizou-se a **pesquisa bibliográfica**, a **pesquisa documental** e o **estudo de caso**. Para Marconi e Lakatos (2003), a pesquisa bibliográfica realiza um apanhado geral dos principais estudos realizados, os quais são capazes de fornecer informações atuais e relevantes acerca do tema pesquisado. Desse modo, o estudo da literatura representa uma fonte fundamental de informações que pode proporcionar que certos erros sejam evitados e orientar indagações.

Segundo Gil (2008), a pesquisa documental é semelhante à bibliográfica. A diferença está na fonte em que os dados são obtidos. Pois enquanto a pesquisa bibliográfica se vale das contribuições que diversos autores fizeram sobre determinado assunto, a documental utiliza materiais os que ainda não receberam tratamento analítico – como documentos oficiais, reportagens de jornal, cartas, contratos, diários, filmes, fotografias, gravações - ou que, embora analisados, possam ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa – como, por exemplo, relatórios de pesquisa, relatórios de empresas, tabelas estatísticas, etc.

Utilizou-se a pesquisa bibliográfica e documental para atingir os objetivos específicos “a” e “b”, que visam, respectivamente, a apresentar o contexto universitários das Regiões Geográficas Intermediárias catarinenses e caracterizar as clínicas universitárias pertencentes às IES comunitárias existentes em Santa Catarina. Assim sendo, a pesquisa bibliográfica aconteceu em sítios da internet e em livros e periódicos de revistas nacionais, enquanto a pesquisa documental ocorreu em documentos institucionais das IES, que, em sua maioria, estão dispostos nos seus próprios sítios da internet e documentos municipais, estaduais e federais que abordam as Regiões Intermediárias.

O estudo de caso, segundo Gil (2008), é um estudo profundo e exaustivo de um ou de poucos objetos, de forma que se possa permitir o seu conhecimento de forma ampla e detalhada. Há de se ressaltar que, no estudo de caso, seja de somente um ou ainda de casos múltiplos, existe a dificuldade de generalização. Mas o seu propósito não é o de proporcionar um estudo preciso das características acerca de determinada população, e sim generalizar e expandir as proposições teóricas. Além disso, para Yin (2001), os estudos de caso podem se referir a uma ou mais de uma unidade, caracterizando-os, nessa última hipótese, como estudos de casos múltiplos. Essas unidades podem ser organizações, indivíduos, processos, programas, bairros, instituições, comunidades, países e até mesmo eventos.

O estudo de multicasos desta dissertação se aprofundou na realidade das clínicas universitárias das instituições de ensino superior da Acafe, no que diz respeito ao grau de maturidade em gestão do conhecimento. Assim sendo, após essa definição, foi apresentada a delimitação da pesquisa, a qual é abordada no próximo tópico.

3.2 DELIMITAÇÃO DA PESQUISA

Nesta dissertação, focou-se na mensuração do grau de maturidade em gestão do conhecimento das clínicas universitárias nas instituições de ensino superior da Acafe, que possui três instituições públicas e treze instituições comunitárias de ensino superior. Em se tratando das comunitárias, a delimitação do estudo a essas instituições deveu-se à similaridade da sua natureza jurídica que, embora apresentem características regionais próprias, configuram um ambiente marcado por missões institucionais de cunho social/comunitário. Quanto às públicas, representam, assim como as comunitárias, uma conquista que é fruto de uma luta de toda a sociedade civil para a sua implantação. Além disso, delimitou-se a pesquisa pelo limite de tempo para o desenvolvimento dela e, também, por considerar que cada clínica possui suas particularidades no que tange à gestão, ao compartilhamento do conhecimento e aos outros aspectos.

Além disso, outra delimitação do tema foi o fato de o pesquisador desenvolver apenas a atividade de mensuração do grau de maturidade proposto pelo modelo de Batista (2012). Essa avaliação consta na etapa 1 do tópico de manual de implementação de GC na administração pública de Batista (2012), exposto no referencial teórico desta dissertação. Essa delimitação se deve ao tempo disponível para a realização da pesquisa e à complexidade de elaborar as demais etapas, que consistiria em planejar, desenvolver, implantar e avaliar o grau de maturidade em GC das clínicas universitárias, o que, pelo tempo de duração de um mestrado, seria insuficiente.

Outra delimitação é que este trabalho utilizou um único modelo de questionário, no entanto, conforme visto na revisão de literatura deste trabalho, existem outros modelos passíveis de aplicação, com outras formas de abordar os critérios / fatores críticos de sucesso / viabilizadores.

3.3 SUJEITOS DA PESQUISA

Optou-se por escolher uma instituição de ensino de cada Região Geográfica Intermediária de Santa Catarina, de acordo com a acessibilidade a que o pesquisador teria, sendo que os gestores das clínicas universitárias foram o público-alvo para analisar o grau de maturidade do setor.

Foi realizado contato telefônico prévio com todas as instituições de ensino e solicitado o contato do (s) responsável (is) pelo setor de clínicas. Ora o pesquisador foi transferido para o ramal solicitado, ora foi lhe informado o contato de aplicativo de mensagem instantânea ou de correio eletrônico. Após entrar em contato com esses gestores para se apresentar e informar a pesquisa, constatou-se que haveria acessibilidade a pelo menos um gestor por Região Geográfica Intermediária.

Assim, definidos os gestores, foram lhes enviados, por correio eletrônico, o instrumento de coleta de dados, por meio de endereço no *Google.forms*, com a explicação do preenchimento, ficando disponível entre 5 e 28 de outubro de 2020. Ressalta-se que alguns pesquisados que se dispuseram a participar, quando recebido o instrumento, foram silentes acerca da devolutiva esperada.

No e-mail encaminhado, havia o seguinte conteúdo: (i) apresentação dos objetivos da pesquisa, (ii) exposição do conceito de GC, (iii) explicação sobre como preencher o questionário e (iv) reforço do convite e agradecimento ao gestor de clínica por participar da pesquisa.

Além disso, devido ao tempo de duração de um mestrado quanto ao acesso e à aplicabilidade do referido instrumento de coleta de dados, se o pesquisador optasse por aplicá-lo em toda a equipe, não haveria tempo disponível. Além disso, esta dissertação foi desenvolvida em época de pandemia de Coronavírus – Covid-19, na qual existem dispositivos legais e administrativos que proíbem a aglomeração de pessoas e muitos trabalhadores estão na modalidade *work from home* (“*home office*”) ou afastados por pertencerem a grupo de riscos.

Ao se buscar nos sítios da internet das instituições de ensino superior que compõem a ACAFE, foram identificadas, num primeiro momento, 15 clínicas de psicologia, 12 clínicas de fisioterapia, 8 clínicas de odontologia, 8 clínicas de medicina, conforme exposto na tabela 4.

Tabela 4 – Clínicas escola em IES da Acafe

Clínicas	Quantidade
Fisioterapia	12
Medicina	8
Odontologia	8
Psicologia	15
Total	43

Fonte: Elaborado pelo autor (2020).

Assim sendo, foi identificado, no decorrer da pesquisa, que não houve uma quantidade expressiva de clínicas de saúde em outras áreas do conhecimento, como nutrição, enfermagem, biomedicina, entre outras. Assim, para contemplar o objetivo específico (b), que visa a caracterizar as clínicas universitárias pertencentes às IES do sistema Acafe, na apresentação dos resultados foram apresentadas todas elas, mas para descrever o nível de maturidade, optou-se por utilizar apenas as áreas de fisioterapia, medicina, odontologia e psicologia.

Assim sendo, quanto ao objeto de estudo, é importante ressaltar algumas especificidades que compõem a realidade das clínicas universitárias de saúde:

- a) Nem todas IES possuem clínicas. Em algumas delas, quando há o respectivo curso de graduação na área da saúde, os seus acadêmicos exercem o estágio na própria rede municipal de saúde e em serviços conveniados à instituição.
- b) As clínicas, não necessariamente, se intitulam com o nome aqui proposto: “clínica de medicina” ou “clínica de psicologia”. Algumas são denominadas com nomes semelhantes, tais como, “serviços de psicologia”, “clínica escola”, “policlínica”, “ambulatório”, entre outros. Para preservar a identidade delas, elas serão identificadas da forma exposta na tabela 4.
- c) Algumas instituições possuem as clínicas de forma integrada, em que um mesmo lugar abriga todas ou mais de uma e a divisão dos seus respectivos espaços é feita internamente. Como, mesmo nesses casos, existe um responsável por cada área do conhecimento (que pode ser o coordenador de curso, o coordenador de clínica, o coordenador de serviço ou o próprio responsável técnico), considerar-se-á cada serviço em si como clínica autônoma. Pois, ainda que utilizem o mesmo espaço geográfico e haja a interdisciplinaridade direta entre as áreas do conhecimento, são serviços diferentes.
- d) Em ressalva ao item (c), existem clínicas, na mesma instituição de ensino, que não se comunicam diretamente uma com a outra. Elas estão geograficamente instaladas em espaços distintos. Eventualmente, fora do campus universitário e não possuem uma relação direta.
- e) Existem instituições que possuem mais de uma clínica do mesmo serviço. Isso acontece porque a mesma instituição possui diversos *campi* universitários, em que há o mesmo curso tanto no campus A, quanto no campus B. Então, para contemplar a demanda de acadêmicos de todos, foi instalada uma clínica para cada um, que

não necessariamente possui relação direta uma com a outra. Nesses casos, considerar-se-ão duas clínicas (ou mais) da mesma área do conhecimento.

- f) Há de se ressaltar que as informações nesta dissertação foram levantadas no ano de 2020. Portanto, a estrutura das clínicas aqui pesquisadas pode ser alterada com o decorrer do tempo.

Além disso, existe a remota possibilidade de que alguma instituição possua uma clínica que não esteja evidenciada em sua página na *web*. Nesse caso, ela não foi identificada para compor este estudo. É importante ressaltar que essa possibilidade é ínfima, porque diante da relevância dessas clínicas, é natural que as instituições queiram expor o trabalho realizado por elas. Ademais, no próximo tópico foram abordadas as técnicas de coleta de dados utilizadas nesta dissertação.

3.4 TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS

Para a coleta dos dados, utilizou-se o questionário nas clínicas de fisioterapia, medicina, odontologia e psicologia das instituições comunitárias de ensino superior, que consta no apêndice 1, e contém 42 perguntas fechadas.

Silva e Menezes (2005) classificam o questionário como uma técnica de coleta de dados que pode ser com (i) perguntas abertas, do tipo, “qual a sua opinião?”; (ii) perguntas fechadas, com duas respostas (sim ou não); ou ainda (iii) de múltiplas escolhas, que são fechadas, mas com uma série de respostas possíveis. Marconi e Lakatos (2003) categorizam o questionário como um instrumento de coleta de dados. Nele constam perguntas em ordem que devem ser respondidas por escrito e sem a presença do pesquisador. Geralmente, o pesquisador envia o instrumento ao informante e, depois de preenchido, o documento é retornado àquele.

Para Gil (2008), o questionário tem as seguintes vantagens: (i) possibilita atingir muitas pessoas, ainda que estejam distantes, pois o instrumento pode ser encaminhado por correio; (ii) menores gastos com pessoal, pois não exige treinamento dos pesquisadores; (iii) garante o anonimato das respostas; (iv) permite que as pessoas respondam no momento que acharem mais conveniente; (v) não expõe os pesquisados à influência de opiniões e aspectos pessoais do pesquisador.

O questionário utilizado usa o método escalar para a tabulação dos dados, nos quais foram utilizados gráficos para melhor visualização dos dados obtidos, conforme pode ser visualizado o modelo de pontuação proposto por Batista (2012) no Quadro 19.

Quadro 19 – Modelo para mensuração do grau de maturidade

Crítérios	Questões	Escalas
1 – Liderança em GC	1 a 6	Escala 1
2 – Processo	7 a 12	
3 – Pessoas	13 a 18	
4 – Tecnologia	19 a 24	
5 – Processos de GC	25 a 30	
6 – Aprendizagem e inovação	31 a 36	
7 – Resultados de GC	37 a 42	Escala 1: 37, 38 Escala 2: 39, 40, 41 e 42

Fonte: Adaptado de Batista (2012).

Em se tratando das escalas, Batista (2012) informa que utiliza a escala 1 nos itens 1 a 35 dos critérios 1 a 6 e nos itens 37 e 38 do critério 7. A escala 2 é utilizada nos itens do 39 ao 42 do critério 7. Sendo que cada característica deve ser pontuada cuidadosamente seguindo as escalas expostas no Quadro 20.

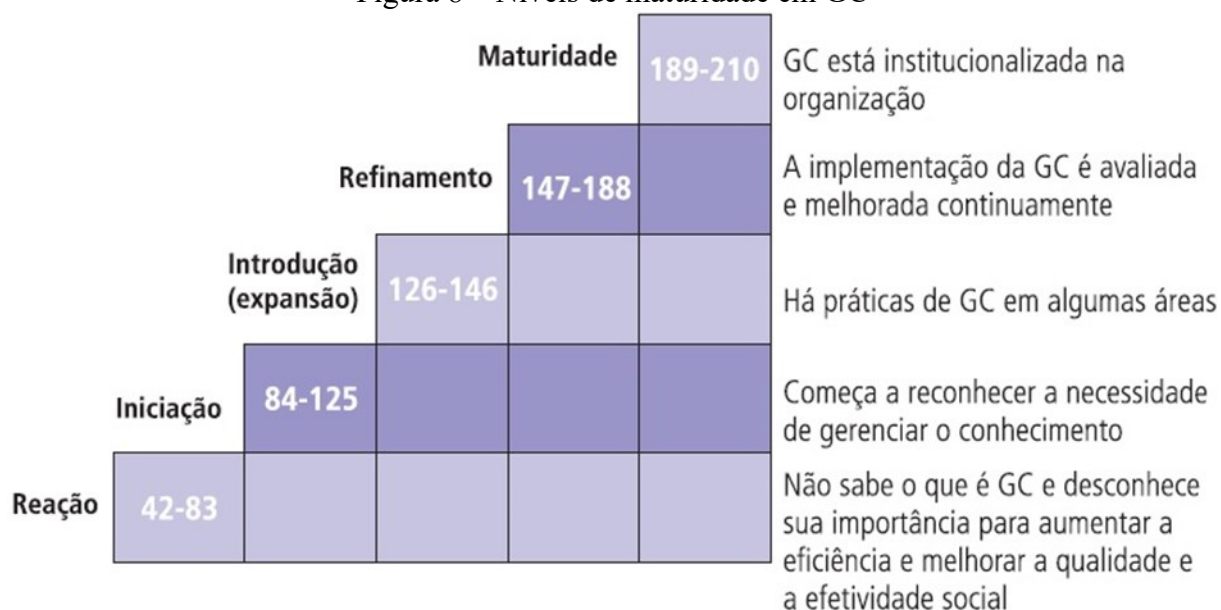
Quadro 20 – Escalas para analisar os critérios do grau de maturidade

Escalas	Pontuação
Escala 1	1 = as ações descritas são muito mal realizadas ou ainda não são realizadas. 2 = as ações descritas são mal realizadas 3 = as ações descritas são realizadas de forma adequada 4 = as ações descritas são bem realizadas 5 = as ações descritas são muito bem realizadas
Escala 2	1 = a organização não melhorou ou ainda não é possível comprovar melhorias por ausência de indicadores 2 = houve melhoria nos resultados de alguns indicadores utilizados 3 = houve melhoria nos resultados da maioria dos indicadores utilizados 4 = houve melhoria em quase todos os indicadores utilizados 5 = houve melhoria em todos os indicadores utilizados

Fonte: Elaborado pelo autor com base em Batista (2012).

O sistema de mensuração das pontuações obtidas na aplicação do instrumento de avaliação para identificar o grau de maturidade em GC das clínicas universitárias das instituições de ensino superior da Acafe é exposto na Figura 8, a qual apresenta os cinco níveis de maturidade em GC propostas por Batista (2012).

Figura 8 – Níveis de maturidade em GC



Fonte: Adaptado de APO (2009 *apud* Batista, 2012, p. 95).

Dessa forma, mensurou-se o grau de maturidade das clínicas universitárias e observou-se em qual nível elas se encontravam. É importante ressaltar que foram 42 questões e que a pontuação mínima para cada questão é 1. A pontuação máxima é 5. Assim sendo, no total, o mínimo pontuado para 42 questões foi 42 (cada questão foi pontuada 1), e o limite máximo foi 5 vezes o número de questões – totalizando 210 pontos.

Desse modo, os intervalos entre os níveis de maturidade, segundo Batista (2012), são 42-83; 84-125; 126-146; 147-188; e 189-210, baseando-se na premissa de pontuação mínima e limite máximo de se pontuar, exposto no parágrafo anterior. Além disso, cada um dos cinco níveis de maturidade em gestão do conhecimento foi exposto na revisão bibliográfica desta dissertação, ao apresentar o modelo de Batista (2012).

Em se tratando da identificação dos pontos fortes e oportunidades de melhorias, foi adaptado o modelo de Batista (2016). Cada critério é composto por seis ações, que por sua vez podem ser avaliadas de 1 a 5, conforme o método escalar apresentado no quadro 20. Logo, a pontuação máxima de determinada ação é cinco e a mínima um. Desse modo, consideram-se pontos fortes, conforme o critério adaptado de Batista (2016), as ações assinaladas com quatro ou cinco. Outrossim, consideram-se oportunidades de melhoria as que foram identificadas como um ou dois. As ações identificadas com pontuação três (as ações descritas são realizadas

de forma adequada) não foram consideradas nem ponto forte nem oportunidade de melhoria, mas pontos neutros.

Assim, para se ter uma identificação conjunta dos principais pontos fortes e oportunidades de melhoria, foram somadas, com base nas respostas dos questionários, a pontuação de cada ação. As clínicas foram segmentadas pela área do conhecimento (fisioterapia, medicina, odontologia e psicologia), pela Região Geográfica Intermediária a que pertencem e pelo grau de maturidade. Assim, foi feita uma descrição para cada uma.

O cálculo foi feito de forma proporcional, considerando, por exemplo, que ao segmentar, é possível que em determinado grau de maturidade existam mais clínicas do que em outro. Por isso, foi feita a identificação proporcional. Ademais, o próximo tópico abordará os procedimentos para análise e tratamentos dos dados.

3.5 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

Após a etapa de coleta de dados, o próximo passo foi a análise e a interpretação deles. A análise visa a organizar e sumarizar os dados de forma que forneçam respostas ao problema proposto. A interpretação busca um sentido mais amplo das respostas obtidas, o que é feito por meio da ligação com conhecimentos adquiridos anteriormente (GIL, 2008).

Assim sendo, por meio das 42 perguntas, que abordaram os sete critérios de análise, foi possível chegar ao grau de maturidade das clínicas universitárias que compõem o objeto de estudo desta dissertação. O Quadro 21 aborda a síntese dos critérios.

Quadro 21 – Síntese dos critérios de Batista (2012)

Critérios	
Liderança	Examina: visão e estratégia de GC com os direcionadores estratégicos organizacionais, assim como, se são compartilhados; se existem arranjos organizacionais; se são alocados recursos financeiros para iniciativas de GC; se a organização conta com políticas de proteção do conhecimento; se a alta administração e as chefias intermediárias servem como modelo de compartilhamento do conhecimento e do trabalho colaborativo; se a alta administração promove, reconhece e recompensa a melhoria do desempenho, o aprendizado e a criação do conhecimento e da inovação.
Processos	Avalia a organização quanto: à definição de suas competências fundamentais e o alinhamento delas a missão e objetivo; à modelação de seus sistemas de trabalho e processos a fim de agregar valor ao usuário e alcançar alto desempenho; obtenção de sistema organizado que gerencia crises ou eventos imprevistos, assegurando que as operações tenham continuidade; implementação e gerenciamento de processos de apoio e finalísticos que assegurem o atendimento dos requisitos do usuário e mantém seus resultados; avaliação e melhora contínua dos processos para alcançar melhor desempenho.

Continua.

Cont. Quadro 21.

Pessoas	Analisa se: programas de educação e capacitação agregam conhecimento, habilidades e capacidades do colaborador; a organização dissemina informações sobre benefícios, política, estratégia, modelo, plano e ferramentas de GC para os novos colaboradores; a organização possui <i>mentoring</i> , <i>coaching</i> e tutoria; a organização conta com banco de competências; existe reconhecimento a quem compartilha conhecimento; a organização contempla trabalho em equipe.
Tecnologia	Verifica se: há infraestrutura de TI com apoio à GC; infraestrutura de TI está alinhada com a estratégia de GC da organização; todas as pessoas possuem acesso a computador; as informações disponíveis nos sítios da internet são atualizadas periodicamente; a intranet é utilizada como uma das fontes principais de comunicação e como apoio à transferência do conhecimento e ao compartilhamento de informação.
Processos de conhecimento	Examina: se na organização há processos sistemáticos de identificação, criação, armazenamento, compartilhamento e utilização do conhecimento; se a organização possui um mapa do conhecimento e o utiliza; se é registrado e compartilhado o conhecimento adquirido; se é retido o conhecimento essencial dos colaboradores que estão saindo; se melhores práticas e lições aprendidas são compartilhadas; se há <i>benchmarking</i> interno e externo para melhorar o desempenho e, também, inovar.
Aprendizagem e inovação	Avalia: se a organização articula e reforça a aprendizagem e a inovação como valores; se a organização aceita o erro como uma oportunidade para aprender; se as pessoas recebem autonomia dos seus superiores hierárquicos; se as chefias intermediárias estão dispostas a utilizar ferramentas e métodos novos; se as pessoas são incentivadas a trabalhar juntamente com os outros e a compartilhar a informação.
Resultados de GC	Analisa se: a organização possui histórico de implementação de GC; indicadores para avaliar o impacto das contribuições de iniciativas de GC nos resultados são utilizados; os resultados da organização relativos aos indicadores de eficiência, qualidade, efetividade social, legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e desenvolvimento melhoraram após as contribuições da GC.

Fonte: Adaptado de Batista (2012) e APO (2009).

Os critérios expostos no Quadro 21 são contemplados no questionário, que está exposto no apêndice 1. No questionário, as perguntas foram adaptadas, pelo autor, conforme a realidade das clínicas universitárias e as suas especificidades. Além disso, há de se considerar que é de conhecimento pelo pesquisador, devido à sua atividade profissional em uma clínica universitária, que a maioria das clínicas universitárias não possui a gestão do conhecimento institucionalizada, mas apenas práticas isoladas. Ademais, o próximo tópico apresenta a justificativa acerca da escolha do modelo de Batista (2012).

3.6 ESCOLHA DO MODELO DE BATISTA (2012)

Optou-se pelo modelo de Batista (2012) pela aderência à linha de pesquisa gestão, inovação e tecnologias do Programa de Pós-Graduação em Tecnologias da Informação e Comunicação – PPGTIC/UFSC – modalidade mestrado. Além disso, por ser um modelo testado por outros autores (SOUZA; HELOU; SOHN, 2018; SABINO, 2013; HELOU, 2015;

BATISTA, 2016; RODRIGUES, 2018) e, por isso, sua aplicabilidade foi mais simples de ser reproduzida.

Batista (2012) apresenta um modelo adaptado do APO (2012), cujo foco se concentra na administração pública brasileira. Posto que a Acafe é composta por três instituições públicas e treze instituições comunitárias, que não visam ao lucro e possuem uma identidade híbrida, com características tanto de universidades particulares, por cobrarem por seus serviços educacionais, quanto de públicas, por suas missões institucionais e seu caráter comunitário e filantrópico, considera-se adequado o modelo do autor.

3.7 SÍNTESE DOS PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Neste tópico, apresenta-se a síntese dos procedimentos metodológicos, quanto a cada objetivo específico. O Quadro 22 apresenta a síntese dos procedimentos metodológicos, sendo os seguintes os objetivos específicos.

- a) Apresentar o contexto universitário das Regiões Geográficas Intermediárias catarinenses.
- b) Caracterizar as clínicas universitárias pertencentes às IES do sistema Acafe;
- c) Descrever o nível de maturidade de GC nas clínicas universitárias identificadas.
- d) Identificar pontos fortes e oportunidades de melhoria da gestão do conhecimento das clínicas universitárias.

Quadro 22 – Síntese dos procedimentos metodológicos

Objetivo específico	Natureza	Abordagem	Objetivos	Procedimentos técnicos	Sujeitos	Técnica de coleta de dados
(A)	Aplicada	Qualitativa	Descritiva	Bibliográfica e documental	Livros, artigos científicos e documentos oficiais	Bibliográfica e documental
(B)						
(C)				Estudo de caso	Gestores de clínicas universitárias	Questionário
(D)						

Fonte: Elaborado pelo autor (2020).

O próximo capítulo tratará da apresentação dos resultados, para depois seguir com a análise dos dados encontrados, as considerações finais e as referências.

4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, apresentar-se-ão os resultados encontrados, quanto aos objetivos específicos desta dissertação de mestrado, para, posterior a isso, discuti-los.

Primeiramente, de forma a contemplar o que foi exposto na fundamentação teórica, foi apresentado o contexto universitário dentro das sete Regiões Geográficas Intermediárias de Santa Catarina: Blumenau, Criciúma, Chapecó, Caçador, Joinville, Florianópolis e Lages. Além disso, foram caracterizadas as clínicas universitárias pertencentes às dezesseis instituições de ensino superior da ACAFE.

Ao final, descreveu-se a gestão do conhecimento das clínicas universitárias que fazem parte do escopo deste trabalho.

4.1 REGIÕES INTERMEDIÁRIAS DE SANTA CATARINA

Entre 1989 e 2017, a Divisão Regional do Brasil era feita por mesorregiões e microrregiões geográficas. Essa divisão captava um Brasil articulado por um complexo agroindustrial em processo de consolidação que inseria o interior no país na produção de *commodities*. Em 2017, ao se considerar um axiômático aumento verificado na diferenciação interna do espaço territorial do país, como resultado de modificações de cunho econômico, demográfico, político e cultural, atualizou-se o quadro regional anterior (mesorregiões e microrregiões). A partir de 2017, a fim de incorporar as mudanças acontecidas no país nas últimas décadas, o recorte das divisões geográficas acontece da seguinte forma: Regiões Geográficas Imediatas e Regiões Geográficas Intermediárias (IBGE, 2017).

As Regiões Geográficas Imediatas têm na rede urbana sua principal referência. Essas regiões servem como referência para satisfação das necessidades da população, como compras, busca por trabalho, procura de serviços de saúde e educação, prestação de serviços públicos, entre outros (IBGE, 2017). Assim sendo, as Regiões Geográficas Intermediárias – foco deste estudo - são uma escala intermediária entre o Ente da Federação e a Região Geográfica Imediata. Buscou, preferencialmente, delimitar as Regiões Geográficas Intermediárias com a inclusão de Metrôpoles ou Capitais Regionais (IBGE, 2008).

Logo, as Regiões Imediatas são cidades de referência dentro das Regiões Intermediárias, que, por sua vez, são uma escala intermediária entre o estado da federação e a Região Imediata. Assim, são Regiões Geográficas Intermediárias do estado de Santa Catarina: Blumenau, Caçador, Chapecó, Criciúma, Florianópolis, Joinville e Lages (IBGE, 2017). O Quadro 23 as apresenta juntamente com as Regiões Geográficas Imediatas que fazem parte delas.

Quadro 23 – Regiões Geográficas Intermediárias

Região Geográfica Intermediária	Região Geográfica Imediata
Blumenau	Brusque Ibirama/Presidente Getúlio Itajaí Ituporanga Rio do Sul
Caçador	Caçador Videira
Chapecó	Chapecó Concórdia Joaçaba / Herval d'Oeste São Miguel do Oeste Xanxerê Maravilha São Lourenço do Oeste
Criciúma	Araranguá Criciúma Tubarão
Florianópolis	Florianópolis
Joinville	Joinville Mafra São Bento do Sul / Rio Negrinho
Lages	Lages Curitibanos

Fonte: (IBGE, 2017).

Além disso, o Quadro 24 apresenta as dezesseis instituições de ensino que compuseram esta dissertação, juntamente com a Região Geográfica Intermediária de que fazem parte, entretanto, é importante ressaltar que algumas instituições possuem mais de um *campus*, de forma a contemplar, eventualmente, mais de uma Região Intermediária.

Quadro 24 – Regiões Intermediárias e suas IES

Região Geográfica Intermediária	IES
Blumenau	Furb (<i>campus</i> 1, 2, 3, 5, em Blumenau) Udesc (Ibirama, Balneário Camboriú, Unidavi (<i>campus</i> Ituporanga, Presidente Getúlio, Taió e Rio do Sul) Unifebe (Brusque) Univali (Balneário Camboriú, Balneário Piçarras, Itajaí, Tijucas) Católica de Santa Catarina (Jaraguá do Sul)
Caçador	Uniarp (Caçador e Fraiburgo) Unoesc (Videira)
Chapecó	Udesc (Chapecó) UnC (Concórdia) Unochapecó (Chapecó e São Lourenço do Oeste) Unoesc (Joaçaba, Xanxerê, Chapecó, São Miguel do Oeste)
Criciúma	Udesc (Laguna) Unesc (Criciúma) Unibave (Orleans) Unisul (Tubarão, Araranguá, Içara, Braço do Norte)
Florianópolis	Centro Universitário Municipal de São José (São José) Udesc (Florianópolis) Unisul (<i>campus</i> Pedra Branca, em Palhoça) Univali (Biguaçu, Florianópolis, São José)
Joinville	Udesc (Joinville, São Bento do Sul) UnC (Canoinhas, Mafra, Porto União, Rio Negrinho) Univille (Joinville, São Bento do Sul)
Lages	Udesc (Lages) Uniplac (Lages) UnC (Curitibanos)

Fonte: Elaborado pelo pesquisador (2020).

Desse modo, nota-se que as instituições Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Universidade do Contestado (UnC), Universidade do Sul de Santa Catarina (Unisul), Universidade do Oeste de Santa Catarina (Unoesc) e Universidade do Vale do Itajaí (Univali) contemplam duas ou mais Regiões Geográficas Intermediárias por conta de serem multicampi. Ademais, as instituições e as Regiões Geográficas Intermediárias a que se refere o Quadro 24 são as que fazem parte do escopo deste estudo e serão explanadas a partir de agora.

4.1.1 Blumenau

Fazem parte da Região Geográfica Intermediária de Blumenau as seguintes Regiões Imediatas: Blumenau, Brusque, Ibirama/Presidente Getúlio, Itajaí, Ituporanga e Rio do Sul, que compõem, ao total, 66 municípios. O Quadro 25 apresenta as instituições que pertencem à Região de Blumenau.

Quadro 25 – Região Intermediária de Blumenau e suas IES da Acafe

Região Geográfica Intermediária	IES
Blumenau	Furb (<i>campus</i> 1, 2, 3, 5, em Blumenau) Udesc (Ibirama, Balneário Camboriú, Unidavi (<i>campus</i> Ituporanga, Presidente Getúlio, Taió e Rio do Sul) Unifebe (Brusque) Univali (Balneário Camboriú, Balneário Piçarras, Itajaí, Tijucas)
	Católica de Santa Catarina (Jaraguá do Sul)

Fonte: Elaborado pelo pesquisador.

- **Universidade Regional de Blumenau (Furb):** possui 4 *campi* (*campus* central, *campus* 2, *campus* 3 e *campus* 5) e todos estão instalados na cidade de Blumenau (SC);
- **Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí (Unidavi):** possui 4 *campi*, que estão localizados nas cidades de Ituporanga, Presidente Getúlio, Taió e Rio do Sul;
- Centro Universitário de Brusque (Unifebe): com *campus* universitário em Brusque;
- **Universidade do Vale do Itajaí (Univali):** com *campi* em Balneário Camboriú, Balneário Piçarras e Itajaí. Há de se ressaltar que a Univali também possui *campus* na Região de Florianópolis, o qual será visto posteriormente.
- **Católica de Santa Catarina:** possui *campus* em Jaraguá do Sul e polos em outros municípios de SC. É importante ressaltar que, até a data da escrita desta dissertação, não foi identificado no sítio da *web* da instituição, por este pesquisador, que ela possui clínicas universitárias.

4.1.1.2 Furb

Universidade Regional de Blumenau (FURB) é a primeira faculdade do interior de Santa Catarina. Ela é fruto de um movimento comunitário que visava a ampliar o acesso ao ensino superior. Desde 19 de março de 2010, a FURB é categorizada como uma autarquia municipal de regime especial e possui plena autonomia didático-científica, administrativa e de gestão financeira e patrimonial, consoante ao disciplinado em seu Estatuto, assim como nos termos do art. 207 da Constituição Federal de 1988 (FURB, 2020a). Em 2018, conforme o Censo da Educação Superior, a instituição possuía 7.839 acadêmicos de graduação (INEP,

2020). A FURB possui 4 *campi* (*campus* central, *campus* 2, *campus* 3 e *campus* 5) e todos estão instalados na cidade de Blumenau (SC), que pertence à Região Intermediária de Blumenau. Em se tratando de atendimentos na área da saúde, a FURB possui os seguintes serviços, conforme apresentado no Quadro 26:

Quadro 26 – Clínica Universitária da Furb

Clínica	Caracterização
Laboratório de análises clínicas	Diagnóstico laboratorial, dentro da Policlínica Universitária, de forma gratuita, por meio do SUS. Ofertam-se mais de 60 tipos de exames laboratoriais, com participação direta dos acadêmicos.
Farmácia	A farmácia-escola funciona dentro da Policlínica Universitária. O atendimento é feito a pacientes acontece na própria policlínica, na unidade de saúde municipal, no hospital universitário ou em outras instituições conveniadas. Também existe a participação direta dos acadêmicos do curso de farmácia, supervisionados por profissionais da área.
Clínica de fisioterapia	Funciona na policlínica universitária e é uma das maiores da região, atendendo na área ortopédica, neurológica e respiratória, crianças, adolescentes e adultos da comunidade em geral.
Hospital escola veterinário	Inaugurado em 2014, assiste animais domésticos e silvestres. Dispõe de consultórios, enfermaria, diagnóstico por imagem, laboratório de análises clínicas, centro cirúrgico, sala de cirurgia, esterilização, pré e pós-operatório e salas de aula.
Clínicas de odontologia	São quatro clínicas que contam com um centro cirúrgico para procedimentos de maior complexidade e laboratórios de apoio para o ensino de escultura dental e oclusão, dentística, endodontia e pré-clínica. Todos os atendimentos são realizados por acadêmicos supervisionados pelo profissional da área.
Odontologia móvel	Desde 2007, existe um veículo com consultório instalado que atende alunos de escolas multisseriadas, alunos de escolas municipais que participam do Programa Federal Mais Educação.
Policlínica	Criada em 1995, os Serviços são executados de forma integrada. A Policlínica Universitária abriga serviços de fisioterapia, psicologia, nutrição, farmácia, medicina e serviço social. Todos os pacientes são encaminhados pela rede municipal de Blumenau e região, seguindo critérios do SUS, e o atendimento é realizado por acadêmicos com supervisão dos profissionais de cada área.
Psicologia	Pacientes são encaminhados pelas unidades de saúde de Blumenau e região e fazem os atendimentos gratuitos, dentro da Policlínica Universitária. O atendimento é realizado por acadêmicos com a supervisão do profissional.

Fonte: Furb (2020b).

Portanto, nota-se que, na FURB - uma instituição de ensino superior pertencente à administração indireta municipal, como autarquia de regime especial - com exceção do hospital escola veterinário, da clínica de odontologia e da odontologia móvel, a Policlínica Universitária engloba, em um único local, todas as demais clínicas (fisioterapia, psicologia, farmácia-escola, medicina, serviço social e laboratório de análises clínicas). Os atendimentos são gratuitos para o paciente a toda cidade de Blumenau e à região. Os pacientes são encaminhados pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) municipais, seguindo critérios do SUS e os atendimentos

são realizados por acadêmicos com supervisão de um profissional da área – que é professor especialista, mestre ou doutor em sua respectiva área ou profissional graduado. Ademais, ressalta-se que a Furb, quanto à sua natureza jurídica, uma fundação municipal, e quanto à categoria administrativa, pública municipal.

4.1.1.3 Unidavi

A fundação a que a instituição pertence teve início na década de 1960, mas a instalação do centro universitário aconteceu em 2001 (UNIDAVI, 2020), sendo uma instituição com 2.700 acadêmicos de graduação, conforme Censo da Educação Superior de 2018 (INEP, 2020). O Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí (Unidavi) possui 4 *campi*, todos na Região Geográfica Intermediária de Blumenau, nas cidades de Ituporanga, Presidente Getúlio, Taió e Rio do Sul. A Unidavi possui uma clínica universitária de psicologia.

Na clínica de psicologia, também chamada de Núcleo de Estudos Avançados em Psicologia, são atendidas crianças, adultos e famílias e são feitas dinâmicas em grupo e avaliação psicológica. Os acadêmicos realizam os atendimentos clínicos no último ano do curso, no 9º e no 10º semestre da graduação (UNIDAVI, 2019).

4.1.1.4 Unifebe

Com início em 1973, na cidade de Brusque (SC), na Região Geográfica Intermediária de Blumenau, o Centro Universitário de Brusque (Unifebe) é uma instituição sem fins lucrativos que atua na educação superior, sob a organização acadêmica de centro universitário (UNIFEBE, 2020).

O Unifebe possui a Clínica Escola e Serviços de Psicologia (CESP), que possui ênfase no atendimento de psicoterapia, no acolhimento psicológico, na proposição e implementação de programas de melhorias contínuas nos contextos de saúde, escolar e do trabalho. Os acadêmicos atendem e transformam os casos clínicos em artigos científicos. A estrutura possui salas de atendimento individual, em grupo e sala de estudos. Além disso, são realizados mais de mil atendimentos por ano na Clínica Escola e Serviços de Psicologia do Unifebe (UNIFEBE, 2019).

Destaca-se que nas clínicas universitárias, para atender o objetivo acadêmico, é importante, também, utilizar o resultado proveniente dos atendimentos, como informações colocadas em prontuários eletrônicos ou manuscritos, aplicação direta de questionários em pacientes, realização de entrevistas, estudos com coletas de material biológico, entre outras possibilidades, que podem se tornar estudos científicos importantes nas áreas de ciências da saúde e também em outros campos.

4.1.1.5 Univali

Criada em 1964 e reconhecida como universidade em 1989, possui mais de 70 cursos de graduação e seus *campi* estão localizados nas Regiões Intermediárias de Blumenau (Balneário Camboriú, Balneário Piçarras, Itajaí e Tijucas) e de Florianópolis (Biguaçu, Florianópolis e São José) (UNIVALI, 2020b). São serviços de clínicas escola prestados à comunidade pela Univali:

- **Clínica de odontologia:** atende crianças, adultos, idosos e pacientes com necessidades especiais, nas áreas de periodontia, dentística, endodontia, cirurgia, odontopediatria, oclusão, odontogeriatria, radiologia, saúde coletiva e próteses. O atendimento é realizado, nessas especialidades, para organizações públicas e privadas (UNIVALI, 2020a).
- **Nutrição:** os atendimentos são realizados a empreendedores, organizações públicas e privadas e consistem em: avaliação corporal por bioimpedância; avaliação nutricional do consumo alimentar; organização de informações nutricionais; análise bromatológica; análise microbiológica de alimentos; desenvolvimento de projetos de cozinha para empreendedores da área de alimentos e bebidas, entre outros (UNIVALI, 2020a).
- **Enfermagem:** fornecimento de assessoria, consultoria e serviços especializados em enfermagem para organizações públicas e privadas. A consultoria organizacional é voltada à implantação de serviços de enfermagem; a assessoria é referente à implantação de sistema de informatização. Além disso, há a organização de cursos e palestras, orientação educacional em serviço de saúde da mulher, criança, adolescente, adulto e idoso; atualização

em atendimento pré-hospitalar; curso de atualização em primeiros socorros, entre outros (UNIVALI, 2020a).

- **Fisioterapia e fonoaudiologia:** localizada em Itajaí, oferecimento de serviços especializados na prevenção, no tratamento e na reabilitação na área da fisioterapia e da fonoaudiologia. A oferta é para organizações públicas e privadas de diversos segmentos. Realizam-se atendimentos para disfagia, voz, motricidade orofacial, linguagem oral e escrita e audição, além de assessoria em fonoaudiologia a empresas, audiometria ocupacional, exame de espirometria (avaliação da função pulmonar/respiratória), entre outros (UNIVALI, 2020a).
- Clínica de psicologia: não se obteve acesso às informações deste serviço

4.1.1.6 Católica de Santa Catarina

É uma instituição comunitária de ensino superior com sede em Jaraguá do Sul. Sua organização administrativa é de privada sem fins lucrativos e sua organização acadêmica é de centro universitário (BRASIL, 2020a). Não foi identificada, até a data desta dissertação, em seus registros no sítio oficial da *web*, clínica universitária na Católica de Santa Catarina.

4.1.2 Caçador

Fazem parte da Região Intermediária de Caçador as Regiões Geográficas Imediatas de Caçador e Videira, que compreendem, ao total, 16 municípios. Assim sendo, há duas instituições comunitárias de ensino superior instaladas na Região: Universidade Alto Vale do Rio de Peixe (Uniarp), *campus* Caçador e Fraiburgo, e Universidade do Oeste de Santa Catarina (Unoesc), *campus* Videira, conforme consta no Quadro 27.

Quadro 27 – Região Geográfica Intermediária de Caçador e suas IES da Acafe

Região Geográfica Intermediária	IES
Caçador	Uniarp (Caçador e Fraiburgo) Unoesc (Videira)

Fonte: Elaborado pelo pesquisador (2020).

Em se tratando de clínicas universitárias, foram identificadas clínicas de fisioterapia e psicologia na Uniarp e nenhuma clínica no *campus* do município de Videira da Unoesc.

4.1.2.1 Uniarp

A Universidade do Alto Vale do Rio do Peixe (Uniarp) é mantida pela Fundação Alto Vale do Rio do Peixe, ente público de direito privado, filantrópico, com autonomia administrativa, patrimonial, econômico-financeira e didático-disciplinar. Possui cursos de graduação, especialização e mestrado (UNIARP, 2020). Segundo dados do censo da educação superior de 2018, a Uniarp possuía 3.132 matrículas em graduação (INEP, 2020). Com *campus* universitário em Caçador, Fraiburgo, na Região Geográfica Intermediária de Caçador. A Uniarp possui as seguintes clínicas:

- **Clínica de fisioterapia:** instalada na cidade de Caçador, realiza atendimentos gratuitos à comunidade, por meio de acadêmicos, nas áreas de cardiorrespiratória, multidisciplinar, ortopedia e traumatologia, neurologia e dermatofuncional, oncologia e fisioterapia aquática, com uma média de 9 mil atendimentos anuais (UNIARP, 2018a; 2019).
- **Núcleo de psicologia:** atendimentos realizados por alunos do curso de psicologia, nas áreas de psicologia clínica, escolar e organizacional, com realização de 27 mil atendimentos no ano de 2017, sendo totalmente gratuitos para quem preencher determinados requisitos de uma triagem socioeconômica (UNIARP, 2018b). Localizada na cidade de Caçador (SC) e existe a previsão institucional de implantação do Núcleo também no *campus* Fraiburgo, sendo 35 mil atendimentos no ano de 2019 (UNIARP, 2020b). Em contato telefônico com a instituição, foi identificado que já existe a clínica no *campus* Fraiburgo, sendo a mesma coordenação para ambas.

4.1.2.1 Unoesc *campus* Videira

Videira é um município com aproximadamente 50 mil habitantes e que se destaca pela produção de vinho e pela criação de aves e suínos e possui ascensão na produção de leite e

indústria de embalagens plásticas como base econômica municipal. Em se tratando de educação, a Fundação Educacional do Alto Vale do Rio do Peixe, criada em 1972, garantiu a oferta de ensino superior em Videira. Na década de 1990, forças foram somadas para a criação da primeira universidade do Oeste Catarinense (UNOESC, 2020d).

A Unoesc Videira possui como principal atrativo as engenharias química, ambiental e sanitária e de alimentos e biotecnologia industrial, que, segundo a instituição, são os cursos responsáveis por atrair acadêmicos de outros municípios do estado e de outros estados brasileiros (UNOESC, 2020d). Destaca-se que não foram identificados registros de clínicas universitárias de saúde no *campus* Videira da Unoesc.

4.1.3 Chapecó

Fazem parte da Região Intermediária de Chapecó as seguintes Regiões Imediatas: Chapecó Concórdia, Joaçaba / Herval d'Oeste, São Miguel do Oeste, Xanxerê, Maravilha, São Lourenço do Oeste. Esta Região Geográfica Intermediária compreende 109 municípios e é a maior Região. Assim sendo, o Quadro 28 apresenta as instituições que pertencem à Região de Chapecó.

Quadro 28 – Região Geográfica Intermediária de Chapecó e suas IES da Acafe

Região Geográfica Intermediária	IES
Chapecó	Udesc (Chapecó) UnC (Concórdia) Unochapecó (Chapecó e São Lourenço do Oeste) Unoesc (Joaçaba, Xanxerê, Chapecó, São Miguel do Oeste)

Fonte: Elaborado pelo pesquisador (2020).

Assim, são instituições comunitárias de ensino superior que pertencem à Região Geográfica de Chapecó: a Universidade do Contestado (UnC), *campus* Concórdia; a Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó) e a Unoesc, com *campus* em Joaçaba, Xanxerê, Chapecó e São Miguel do Oeste. E instituição pública de ensino superior, a Udesc.

]

4.1.3.1 Universidade do Contestado

A Universidade do Contestado é uma instituição pública, de caráter privado, sem fins lucrativos, com *campus* universitário em Santa Catarina, nos municípios de Canoinhas, Concórdia, Curitibanos, Mafra, Rio Negrinho e Porto União e está caracterizada sob a organização acadêmica de universidade. Os *campi* estão instalados nas Regiões Geográficas Intermediárias de Joinville (municípios de Canoinhas, Mafra, Porto União e Rio Negrinho), de Lages (Curitibanos) e de Chapecó (Concórdia). A UnC possui os seguintes serviços à comunidade na área da saúde:

- **Clínicas de fisioterapia:** localizadas nos *campi* de Concórdia e Mafra, com atendimentos realizados por acadêmicos do curso de fisioterapia (UNC, 2020b). A unidade de Concórdia, por exemplo, possui em torno de 320m², com atendimentos realizados por acadêmicos, sem custo ao paciente, na área de ortopedia, traumatologia, reumatologia, neurologia adulto, uroginecologia, obstetrícia e mastectomizadas. Quanto à clínica do campus de Mafra, existe há mais de quinze anos e, de 2017 a abril de 2018, realizou mais de 1.740 atendimentos à comunidade (PACHECO, 2018).
- **Clínica de saúde visual:** o campus de Canoinhas serve como campo de estágio para alunos de estágio supervisionado e também para o curso de optometria, com atendimento à comunidade, por meio de avaliação visual e ocular (UNC, 2020b).
- **Clínica veterinária:** localizada no campus de Canoinhas, realiza atendimento clínico e cirúrgico a animais de pequeno e grande porte (UNC, 2020b).
- **Núcleo de serviços em psicologia:** com localização nos *campi* de Concórdia, Mafra e Porto União, atuam na área de psicologia, nas modalidades de psicoterapia, psicodiagnóstico e avaliação psicopedagógica (UNC, 2020b).

A Tabela 5 apresenta a distribuição das clínicas universitárias da Universidade do Contestado pelos seus *campi*, assim como, por Região Intermediária. Sendo duas na Região de Chapecó e cinco na região de Joinville.

Tabela 5 - Distribuição das clínicas da UnC nas Regiões Intermediárias de Chapecó e Joinville

Clínicas	Chapecó		Joinville	
	Concórdia	Mafra	Canoinhas	Porto União
Fisioterapia	1	1		
Clínica de saúde visual			1	
Clínica veterinária			1	
Núcleo de serviços em psicologia	1	1		1
Total por <i>campi</i>	2	2	2	1
Total por Região Geográfica Intermediária	2		5	
Total		7		

Fonte: Elaborado pelo pesquisador (2020).

4.1.3.2 Unochapecó

A história da Unochapecó teve início em 1970, com a Fundação Universitária do Desenvolvimento do Oeste, que, a partir de 2002 assumiu integralmente as atividades do *campus* Chapecó (UNOCHAPECÓ, 2020a). Possui *campus* em Chapecó e em São Lourenço do Oeste, ambos na Região Geográfica Intermediária de Chapecó. No *campus* Chapecó, existe a Clínica Integrada, na qual todos os atendimentos são feitos por profissionais graduados, especialistas, mestres e doutores, e por acadêmicos com supervisão do profissional da área. Seus serviços consistem em: atendimentos ambulatoriais, nutrição, fisioterapia, medicina e odontologia.

- **Clínica escola de medicina:** inaugurada em 2017, atende nas seguintes especialidades médicas: Clínica Médica, Endocrinologia, Ginecologia, Reumatologia, Dermatologia, Psiquiatria, Pediatria, Pediatria em Neuropediatria, Infectologia e Alergia / Imunologia. As consultas são não emergenciais, todas com horário marcado, e realizadas por acadêmicos do curso de medicina sob supervisão do professor (UNOCHAPECÓ, 2020b).
- **Clínica escola de odontologia:** inaugurada em 2010, atende, aproximadamente, 200 pacientes diariamente, com seus acadêmicos supervisionados diretamente por professores. As áreas atendidas são: cirurgia, dentística, endodontia, periodontia, estomatologia e patologia bucal, pacientes com necessidades especiais, saúde coletiva, odontopediatria, prótese, ortodontia, implantodontia e serviços de imaginologia (radiografias intrabucais e extrabucais). Alguns atendimentos têm o custo dos insumos e das radiografias (UNOCHAPECÓ, 2020b).

- **Clínica escola de fisioterapia:** atendimento realizado por acadêmicos, sob supervisão do professor da área, com foco em: fisioterapia das disfunções músculo-esqueléticas, fisioterapia das disfunções cardiorrespiratórias e vasculares, fisioterapia neurofuncional, fisioterapia na gerontologia e a populações especiais (UNOCHAPECÓ, 2020b).
- **Clínica escola de nutrição:** instalada junto à clínica escola de medicina, houve sua implantação em 2012. Ela atua com foco na promoção da alimentação saudável e adequada para crianças, adolescentes, adultos, idosos, gestantes, nutrizes, atletas, assim como, pacientes com específicas condições patológicas, como obesidade, hipertensão arterial sistêmica, *diabetes mellitus*, síndrome metabólica e intolerâncias e alergias, entre outras (UNOCHAPECÓ, 2020b).

Além disso, a clínica integrada da Unochapecó possui uma farmácia escola, criada em 2003, como campo de estágio para os alunos do curso de farmácia, junto à clínica integrada. Ela disponibiliza aos seus usuários serviços especializados nas áreas de dispensação, manipulação magistral e atenção farmacêutica, além de serviços ambulatoriais, como aplicação de injetáveis, aferição de pressão arterial, aplicação de brinco e verificação de temperatura.

É importante ressaltar que os atendimentos ocorrem dentro de uma clínica integrada, que possui um gestor responsável, mas cada clínica também possui o seu próprio gestor, que é um profissional da sua respectiva área. Para o paciente, existe a facilidade de encontrar tudo em um único local, pois, por exemplo, caso, durante determinada consulta médica, o usuário precise ser encaminhado para acompanhamento de nutricional, odontológico, fisioterapêutico ou a outro serviço que seja contemplado pela clínica integrada, ele conseguirá agendar tudo dentro de um único local. Sem que seja preciso se deslocar a outras instituições, muitas vezes em bairros ou cidades.

4.1.3.3 Unoesc

Surgiu no fim da década de 1960, com a criação da Fundação Universidade do Oeste de Santa Catarina e em 1996 foi credenciada para atuar como instituição universitária (UNOESC, 2020a). A Universidade do Oeste de Santa Catarina possui *campi* em Joaçaba, Chapecó, São Miguel do Oeste, Videira e Xanxerê, sendo que o *campus* Videira, conforme já

visto, pertence à Região Geográfica Intermediária de Caçador, mas os demais pertencem à Região de Chapecó.

- **Serviço de atendimento psicológico:** é uma clínica escola, em Chapecó, com característica social. Realiza atendimentos gratuitos a crianças e adolescentes, adultos, família, casal, em grupo, orientação profissional, plantão psicológico e avaliação psicológica. Existe, também, o serviço de atendimento psicológico em Joaçaba e em Xanxerê e clínica de psicologia em Pinhalzinho e São Miguel do Oeste (UNOESC, 2020b).
- **Hospital universitário:** realiza atendimentos em nutrição, fisioterapia, oncologia, psicologia, serviço social, unidade de terapia intensiva (UTI), emergência 24h, laboratório de análises clínicas e patologia, centro de diagnóstico por imagem e oncologia. Além do atendimento em 25 especialidades médicas (UNOESC, 2020b).
- **Hospital veterinário e clínica veterinária:** realiza consultas, internamento, cirurgias, diagnóstico por imagem, odontologia e procedimentos anestésicos. Com mais de 4.500m², realizam-se atendimentos na área a animais de pequeno e grande porte, com especialistas para cada área (UNOESC, 2020b). Existe hospital veterinário no *campus* Xanxerê e clínica veterinária em Campos Novos.

Com base no que foi identificado, a Unoesc possui cinco clínicas, situadas nos *campi* Chapecó, Xanxerê, Joaçaba, Pinhalzinho e São Miguel do Oeste. Elas fornecem atendimento gratuito. Além disso, existem os hospitais veterinário e universitário, que, como o próprio nome diz, são hospitais e, portanto, possuem maior complexidade que uma clínica. Conforme foi visto, realiza-se, no hospital universitário, atendimento 24h, inclusive com estrutura de UTI. Enquanto normalmente as clínicas universitárias realizam atendimentos com horário agendado e com foco principal em consultas.

Ademais, foi identificada uma clínica de odontologia voltada a atendimentos de pós-graduação em uma reportagem de 2009, sem mais registros ou informações sobre ela (UNOESC, 2009).

4.1.4 Criciúma

A Região Geográfica Intermediária de Criciúma é composta por três Regiões Geográficas Imediatas: Criciúma, Tubarão e Araranguá. Essas três Regiões compreendem 44 municípios (IBGE, 2017). Nelas, encontram-se instaladas as instituições comunitárias de ensino superior Universidade do Extremo Sul Catarinense (Unesc), em Criciúma, e Universidade do Sul de Santa Catarina (Unisul), com *campi*, na Região, nos municípios de Tubarão, Araranguá, Içara e Braço do Norte, e o Centro Universitário Barriga Verde (Unibave), no município de Orleans. Além disso, a Udesc – que não é comunitária - possui um *campus* em Laguna, com cursos na área de arquitetura e urbanismo, ciências biológicas e engenharia de pesca, conforme apresenta o Quadro 29.

Quadro 29 – Região Geográfica Intermediária de Criciúma e suas IES da Acafe

Região Geográfica Intermediária	IES
Criciúma	Udesc (Laguna) Unesc (Criciúma) Unibave (Orleans) Unisul (Tubarão, Araranguá, Içara, Braço do Norte)

Fonte: Elaborado pelo pesquisador (2020).

Há de se ressaltar que, embora as instituições de ensino superior da Região Geográfica Intermediárias de Criciúma estejam instaladas, com seus *campi* universitários, em sete municípios – e com unidades/polos menores em outras cidades – existem clínicas universitárias apenas, da Unesc, no município de Criciúma; da Unisul, no município de Tubarão e também de Pedra Branca, em Palhoça (Região de Florianópolis); e do Unibave, no município de Orleans.

Há de se ressaltar que a Unisul também possui *campus* universitário em Palhoça (Pedra Branca) (UNISUL, 2020d) e a Unesc possui polos em outros municípios. Assim sendo, a Unesc, segundo o Censo da Educação Superior de 2018, possui 9.364 acadêmicos de graduação presencial (INEP, 2020). Ao se considerar, também, a quantidade de alunos de pós-graduação e colégio, havia, no segundo semestre de 2018, 10.233 alunos (UNESC, 2018).

A Unisul, considerando todos os *campi*, possuía, em 2018, um total de 20.075 acadêmicos de graduação, sendo 15.407 alunos na modalidade graduação presencial e 4.668 em graduação EAD. (INEP, 2020). Ressalta-se que a Unisul, considerando a quantidade de acadêmicos em modalidade presencial e EAD, é a instituição de ensino superior da Acafe que mais possui matrículas. Fator que pode ser justificado pela quantidade de *campi* universitários

que possui. Quanto ao Unibave, não se conseguiu acesso à quantidade de acadêmicos de que dispõe a universidade.

4.1.4.1 Unesc

A história da Universidade do Extremo Sul Catarinense (Unesc) teve início com a criação da Fundação Educacional de Criciúma em 1968, sendo que, em 1997, nasce a universidade com o nome que possui atualmente, mantida pela Fundação (UNESC, 2020b). Ela possui *campus* na Região Geográfica Intermediária de Criciúma, no estado de Santa Catarina, no município de Criciúma. No *campus*, há as Clínicas Integradas, que abrigam os Serviços de biomedicina, enfermagem, farmácia, fisioterapia, medicina, nutrição, odontologia, psicologia (UNESC, 2020a), conforme apresenta o Quadro 30.

Quadro 30 – Clínicas Integradas da Unesc

Serviços	Caracterização
Serviços de Biomedicina	Atendimento de auriculoterapia, realizado por acadêmicos, com supervisão direta do professor.
Serviços de Enfermagem	Desenvolvem-se atendimentos à população em áreas técnicas de enfermagem, consultas de enfermagem e grupos operacionais terapêuticos. Além disso, existem os projetos de assistência de enfermagem aos ostomizados, imunização (vacinas), primeiros socorros dentro do <i>campus</i> , ambulatório de feridas, núcleo de prevenção às violências e promoção da saúde, Programa de Automonitoramento Glicêmico Capilar e preventivo ginecológico.
Serviços de Fisioterapia	Desenvolve atendimentos na área de fisioterapia pediátrica, geriátrica de gerontológica, uroginecologia, dermatofuncional, programa materno-infantil, reabilitação pulmonar e uroginecologia. Além disso, existem duas piscinas para os atendimentos de fisioterapia aquática.
Serviços de Medicina	Acadêmicos, supervisionados pelos professores, atendem, mediante agendamento prévio, consultas não emergenciais em 19 especialidades médicas, cardiologia, pediatria, pneumologia, psiquiatria, reumatologia, entre outras.
Serviços de Nutrição	Atendimento clínica, realizado por acadêmicos, sob supervisão do professor, em consultas individualizadas, em pediatria, síndrome metabólica (diabetes, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares e obesidade), gestantes, ostomizados e doenças do trato digestório.
Serviços de Odontologia	Visa a promoção, prevenção, proteção e reabilitação da saúde, com atendimentos nas áreas de higiene oral, próteses, ortodontia, endodontia, dentística, tomografia, entre outras áreas da odontologia.
Serviços de Psicologia	Atendimentos individualizados, realizados por acadêmicos, nas áreas de psicoterapia e orientação profissional, mediante agendamento prévio.

Fonte: Unesc (2020a).

Há, também, os Serviços de farmácia, que contam com duas farmácias – a Farmácia Escola e a Farmácia Solidária – sendo que a primeira trabalha com processos para medicamento de uso contínuo e é uma parceria com o Poder Público e a segunda recebe e efetua doações de medicamentos, mediante apresentação da prescrição médica ou odontológica (UNESC, 2020a).

Notou-se que as clínicas universitárias da Unesc estão instaladas em um único local e os espaços são divididos internamente, semelhante à realidade da Unochapecó e da Furb - havendo um gestor principal, mas também um gestor responsável pela sua respectiva área. Os atendimentos são gratuitos e existem convênios com o Poder Público. Há de se ressaltar a importância para o paciente quanto à gratuidade dos Serviços, principalmente, para o público mais carente. Além disso, a facilidade de encontrar vários serviços em um mesmo local, sem que o paciente precise se deslocar para outros bairros ou cidades.

4.1.4.2 Unibave

O Centro Universitário Barriga Verde (Unibave) é mantido pela Fundação Educacional Barriga Verde, que foi criada em 1974 (UNIBAVE, 2014). Atualmente sob a organização acadêmica de centro universitário, o Unibave possui o hospital veterinário e a Clínica de Psicologia do Unibave e pertence à Região Geográfica Intermediária de Criciúma.

O hospital veterinário do Unibave realiza atendimentos clínicos, cirúrgicos e de diagnóstico por imagem, por meio dos acadêmicos do curso de Medicina Veterinária, com pacientes de pequeno, médio e grande porte. Sendo que o diagnóstico por imagem tem cobrança de valores.

A Clínica de Psicologia do Unibave realiza um dos seus compromissos institucionais, que é contribuir para o desenvolvimento da região atendendo às necessidades humanas, por meio dos atendimentos gratuitos à comunidade. Os atendimentos são realizados por alunos da nona e da décima fase do curso de psicologia, atende todas as idades e pessoas com necessidades de assistência psicológica e psicoterapêutica (UNIBAVE, 2020b). A Clínica se situa no município de Orleans/SC e atende a acadêmicos e seus familiares, funcionários da instituição e seus familiares, município de Orleans e de abrangência do Unibave, sendo que, no caso dos familiares de acadêmicos e funcionários e da comunidade externa, é feita uma triagem socioeconômica (UNIBAVE, 2017).

4.1.4.3 Unisul

A Universidade do Sul de Santa Catarina (Unisul) possui seis *campi* físicos, localizados nos municípios de Tubarão, Palhoça (Pedra Branca), Araranguá, Braço do Norte, Içara e também um *campus* digital, foi criada em 1964 e reconhecida como universidade em 1989 (UNISUL, 2020d). Dessa forma, contemplando as Regiões Geográficas Intermediárias de Florianópolis – com o *campus* de Pedra Branca – e Criciúma, com os demais *campi*. Os atendimentos na área da saúde da instituição, basicamente, acontecem nas áreas de odontologia, fisioterapia, psicologia, medicina veterinária e medicina, os quais estão caracterizados no Quadro 31.

Quadro 31: Clínicas das Unisul

Clínica	Caracterização
Clínica odontológica	Inseridas nos <i>campi</i> de Tubarão, assim como, Pedra Branca, em Palhoça. Os atendimentos são gratuitos nas especialidades de: restauração, tratamento de canal, profilaxia, extrações, clareamento dentário, entre outros. O agendamento é feito pelo próprio paciente, presencialmente em Pedra Branca e presencial ou por telefone, em Tubarão. Além disso, a clínica odontológica de Tubarão tem atendimento de estomatologia e clínica de bebês.
Clínica escola de fisioterapia	Localizadas nos <i>campi</i> de Tubarão e de Pedra Branca – Palhoça. Possui atendimentos gratuitos, realizados por acadêmicos supervisionados pelo profissional da área. No <i>campus</i> Tubarão, está localizada dentro da Policlínica, com 1.600m ² e laboratórios de mecanoterapia, cardiologia, pneumologia, neurologia e pediatria, além dos setores de estimulação essencial, eletroterapia com proteção por gaiolas de <i>Faraday</i> e piscina terapêutica. No <i>campus</i> Pedra Branca, atendem as especialidades de ortopedia, reumatologia, desportiva, ginecologia e obstetrícia, pediatria, amputados, neurologia, cardiologia e pneumologia.
Serviços de Psicologia	Localizadas nos <i>campi</i> de Tubarão e de Pedra Branca – Palhoça. O atendimento é realizado por alunos, supervisionados pelo profissional da área, sendo que o atendimento é voltado à área clínica e disponível tanto para a comunidade interna – acadêmicos e funcionários – quanto para a comunidade externa. O <i>campus</i> Pedra Branca fornece atendimento individual e em grupo, assim como, infantil e adulto.
Hospital veterinário Unisul	Inserido no <i>campus</i> Tubarão. O atendimento é realizado por acadêmicos e médicos veterinários e o atendimento acontece tanto sem agendamento, quanto com consulta marcada, dependendo sempre da disponibilidade de horários. Pelos atendimentos são cobradas taxas. Os pacientes são animais de pequeno porte e silvestres e os serviços ofertados são em regime ambulatorial, cirúrgico, internação e exames laboratoriais.
Ambulatórios integrados de saúde	Localizados nos <i>campi</i> de Tubarão e Palhoça. No primeiro, há as especialidades de saúde da criança, saúde da mulher, procedimentos do idoso e saúde do adulto. Com uma média de 1800 atendimentos mês. No <i>campus</i> Pedra Branca, existe uma parceria com a Policlínica municipal e se realizam, aproximadamente, 6.500 atendimentos por mês em mais de 25 especialidades médicas, em vinte consultórios. Os atendimentos são gratuitos e os pacientes são encaminhados pelas unidades básicas de saúde a que pertencem.

Fonte: Elaborado pelo autor com base em Unisul (2020a; 2020b; 2020c; 2020e).

Ao se considerar as clínicas universitárias de ambos os *campi* (Tubarão e Pedra Branca) da Unisul, é importante destacar que foram prestados mais de 90 mil atendimentos à comunidade no ano de 2018 (UNISUL, 2019).

Assim sendo, nota-se que os serviços da área da saúde da Unisul estão concentrados nos *campi* de Tubarão e Pedra Branca, em Palhoça. Com exceção do hospital veterinário, todos os demais são gratuitos e em todos o atendimento é realizado por alunos com supervisão do profissional da respectiva área, que normalmente é um professor. Ademais, há de se ressaltar a quantidade de atendimentos médicos, totalizando 6.500 ao mês em 25 especialidades, e a relevância para o desenvolvimento regional e a saúde dos municípios nos entornos dos *campi*.

4.1.5 Florianópolis

A Região Geográfica Intermediária de Florianópolis é composta pela Região Imediata de Florianópolis, que compreende 17 municípios no seu entorno. Estão, na região, a Unisul, *campus* Pedra Branca, no município de Palhoça; e a Universidade do Vale do Itajaí (Univali), *campi* Biguaçu, Florianópolis e São José, conforme exposto no Quadro 32.

Quadro 32 – Região Geográfica Intermediária de Florianópolis e suas IES da Acafe

Região Geográfica Intermediária	IES
Florianópolis	Centro Universitário Municipal de São José (São José) Udesc (Florianópolis) Unisul (<i>campus</i> Pedra Branca, em Palhoça) Univali (Biguaçu, Florianópolis, São José)

Fonte: Elaborado pelo pesquisador (2020).

Dessas instituições, a Unisul Pedra Branca, no município de Palhoça, possui clínicas universitárias. A Univali possui clínica no município de Itajaí. A Udesc possui o Centro de Ciências da Saúde e do Esporte (CEFID), no município de Florianópolis, que possui uma clínica escola de fisioterapia. Ademais, há de se ressaltar que a clínica da Unisul do *campus* Pedra Branca já foi abordada no tópico 4.1.4.3.

4.1.5.1 Udesc

A Udesc é uma instituição pública estadual, criada em 1965, intitulada, na época, de Universidade para o Desenvolvimento do Estado de Santa Catarina e seu reconhecimento como universidade acontece em 1990 (UDESC, 2020b). Ela possui unidades instaladas nos municípios de Lages, Chapecó, Florianópolis, Joinville, Ibirama, São Bento do Sul, Laguna e Balneário Camboriú (UDESC, 2020d). Está organizada sob a natureza jurídica de fundação estadual, na categoria administrativa de pública estadual. Na Udesc, existe a clínica escola de fisioterapia, que realiza mais de mil atendimentos por mês e são encaminhados pela rede pública de saúde ou por projetos de extensão do próprio Cefid e o atendimento é realizado por profissionais graduados e por alunos de graduação e pós-graduação, sob supervisão dos professores (UDESC, 2020a).

Em Lages, no Centro de Ciências Agroveterinárias, a Udesc possui o Hospital de Clínicas Veterinárias, criado em 1975 e atuando nas áreas de clínica médica e cirúrgica de pequenos e grandes animais, fisioterapia, anestesiologia, cardiologia, acupuntura, medicina de animais silvestres e exóticos, diagnóstico por imagem e patologia clínica. São realizados mais de 6 mil atendimentos por ano e envolve, em seus atendimentos, a participação de acadêmicos de graduação, pós-graduação e residência em Medicina Veterinária (UDESC, 2020c).

Dessa forma, os atendimentos da fisioterapia são encaminhados pelo SUS ou do próprio CEFID. Eles são custeados pelo SUS e o Hospital de Clínicas Veterinárias, embora não encontrada pelo pesquisador a informação quanto à cobrança, foi identificado, por contato com a instituição, de tabelas. A clínica de fisioterapia e o Hospital de Clínicas Veterinárias estão localizados, respectivamente, nas Regiões Geográficas Intermediárias de Florianópolis e Lages.

4.1.5.2 Centro Universitário Municipal de São José

O Centro Universitário Municipal de São José (USJ) possui natureza jurídica de fundação municipal, organização acadêmica de centro universitário e categoria administrativa de pública municipal. Foi criado em 2005 (USJ, 2020) e possui 1.134 acadêmicos (INEP, 2020). A instituição não possui cursos de graduação na área da saúde, portanto, também não há clínicas universitárias.

4.1.6 Joinville

Fazem parte da Região Intermediária de Joinville as seguintes Regiões Imediatas: Joinville, Mafra, São Bento do Sul e Rio Negrinho. Fazem parte dessa Região Intermediária 25 municípios. Assim sendo, o Quadro 33 apresenta as instituições que pertencem à Região de Joinville.

Quadro 33 – Região Geográfica Intermediária de Joinville e suas IES da Acafe

Região Geográfica Intermediária	IES
Joinville	Udesc (Joinville, São Bento do Sul) UnC (Canoinhas, Mafra, Porto União, Rio Negrinho) Univille (Joinville, São Bento do Sul)

Fonte: Elaborado pelo pesquisador (2020).

As instituições comunitárias de ensino superior que compõem a Região de Joinville são, conforme exposto no quadro 33, a Universidade do Contestado, com seus *campi* em Canoinhas, Mafra, Porto União e Rio Negrinho, já apresentada no tópico 4.1.3, por possuir *campus* no município de Concórdia; e a Univille, com *campi* universitários nos municípios de Joinville e São Bento do Sul. Além disso, há os *campi* de Joinville e São Bento do Sul, da Udesc, que não possuem clínica universitária.

4.1.6.1 Univille

Com início em 1965, por meio da criação da Faculdade de Ciências Econômicas de Joinville, com trajetória que a consolida como universidade em 1995, a Universidade da Região de Joinville (Univille) possui *campus* em Joinville e em São Bento do Sul (UNIVILLE, 2020a), ambos na Região Geográfica Intermediária de Joinville.

- **Clínica odontológica:** atendimento realizado por acadêmicos, que executam o que foi aprendido em sala de aula. Eles são supervisionados pelos professores do curso de odontologia e atendem nas áreas de extração de dentes, tratamento de canal, restaurações, próteses, além das especialidades de odontopediatria, geriatria e atendimento a pessoas com deficiência. Além da Clínica odontológica, existe o Centro de Especialidades Odontológicas, no qual há

uma parceria com a Secretaria de Saúde de Joinville, a fim de atender pacientes gratuitamente, dentro da universidade (UNIVILLE, 2020b).

- **Serviço de psicologia:** é um serviço escola no qual os acadêmicos do quinto ano do curso de psicologia realizam estágio durante a graduação sob a orientação do profissional que já atua na área. O paciente realiza uma triagem, em formato de entrevista e depois é inserido numa fila de espera para encaminhamento a atendimento psicoterapêutico individual. O público-alvo é toda a comunidade de Joinville (ESTÚDIO NSC, 2019). Os atendimentos são gratuitos e seu custeio é feito pela própria instituição. O agendamento é feito por livre demanda, conforme disponibilidade de vagas. Em 2019, havia em torno de 60 pacientes, que realizam uma sessão semanal, totalizando 240 atendimentos mensais (WOEHL, 2020).
- **Ambulatório universitário:** segundo e-mail institucional, as consultas são realizadas conforme duas situações: gratuidade ou edital de credenciamento, cujas consultas são pagas conforme o valor da tabela SUS. Além disso, 99% das consultas são por intermédio das Secretaria Municipal de Saúde e 1% é ofertado a determinadas instituições. Na data da escrita desta dissertação, atendiam no ambulatório universitário 16 especialidades médicas, com aproximadamente 950 consultas por mês, conforme referência de 2019. Ademais, além dos atendimentos médicos, no ambulatório universitário há campo de estágio para o curso de enfermagem e, em determinados atendimentos de neurologia pediátrica, ocorre o acompanhamento de acadêmicos do curso de psicologia (MARCOSKI, 2020).

Além disso, as clínicas de psicologia e odontologia estão instaladas em espaços distintos. A Univille não possui curso de graduação em fisioterapia e, por extensão, não há também clínica de fisioterapia.

4.1. 7 Lages

A Região Geográfica Intermediária de Lages é formada pelas Regiões Imediatas de Lages e Curitibanos, que englobam, ao total, 24 municípios. Assim sendo, fazem parte da Região as instituições comunitárias de ensino superior a Universidade do Planalto Catarinense

(UNIPLAC), no município de Lages (SC), que possui, segundo o Censo da Educação Superior de 2018, 3.296 alunos de graduação, e um *campus* da Universidade do Contestado (UnC), na cidade de Curitiba (SC), pois a instituição possui outros *campi* em outras Regiões Intermediárias. Em Lages, também há a unidade Centro de Ciências Veterinárias da Udesc, em que se encontra o Hospital de Clínicas Veterinárias da Udesc – já apresentado no capítulo 4.1.5.1. O Quadro 34 sintetiza essas informações.

Quadro 34 – Região Geográfica Intermediária de Lages e suas IES da Acafe

Região Geográfica Intermediária	IES
Lages	Udesc (Lages) Uniplac (Lages) UnC (Curitibanos)

Fonte: Elaborado pelo pesquisador (2020).

4.1.7.1 Uniplac

A Universidade do Planalto Catarinense (Uniplac) tem datado o início de sua história em 1959 e reconhecimento como universidade em 1999. É uma instituição pública de direito privado (UNIPLAC, 2020d) e está localizada na Região Geográfica Intermediária de Lages, no município de Lages. Além disso, a Uniplac possui o Centro de Ciências da Saúde, que foi inaugurado em 2001 e possui uma estrutura para as atividades práticas dos cursos de biomedicina, educação física, enfermagem, fisioterapia, medicina, odontologia e psicologia, incluindo, também, os atendimentos à comunidade externa (UNIPLAC, 2020c), sendo que os seguintes realizam atendimento ao paciente:

- **Laboratório escola de fisioterapia:** inaugurado no ano de 2012, no qual os acadêmicos do curso de fisioterapia realizam os atendimentos à comunidade, mediante requisição autorizada pelo SUS e agendamento direto no laboratório (UNIPLAC, 2020c).
- **Clínica de odontologia:** infraestrutura com pré-clínica de odontologia, clínicas odontológicas, centro cirúrgico, clínica radiológica, central de materiais esterilizados e sala de interpretação radiológica. O agendamento é mediante fila de espera, conforme as necessidades do curso de odontologia (UNIPLAC, 2020c).

- **Ambulatórios de medicina:** infraestrutura com sete ambulatórios, nos quais se realizam atendimento a paciente, laboratório morfofuncional (onde acontece estudo com instrução), salas de tutoriais, laboratórios de práticas profissionais e salas de aulas práticas com manequins. Os agendamentos acontecem por meio das UBS ou pelo paciente, de forma direta no balcão, com encaminhamento médico (UNIPLAC, 2020c).
- **Laboratórios psicológicos:** dois laboratórios localizados dentro do Centro de Ciências da Saúde, sendo um para atendimento à criança e ao adolescente e outro para adultos, cujas consultas são feitas por acadêmicos estagiários do curso de psicologia. O atendimento é gratuito, tanto para o público em geral, quanto para acadêmicos (UNIPLAC, 2020a).

Dessa forma, notou-se que as clínicas da Uniplac estão dentro de um único local – que se chama Centro de Ciências da Saúde - e suas divisões são feitas internamente. Isso é semelhante ao que acontece na Furb, na Unochapecó e na Unesc. Além disso, nos espaços ocorrem não somente o atendimento aos pacientes, mas também muitas atividades práticas dos cursos da área da saúde. Ademais, não consta sobre a quantidade de atendimentos e o agendamento acontece, a depender da clínica, por encaminhamento da UBS ou pelo paciente diretamente no local.

4.2 SÍNTESE DAS CARACTERÍSTICAS DAS IES POR REGIÃO

Dezesseis instituições de ensino superior que integram a ACAFE compuseram o escopo deste estudo, sendo onze universidades e cinco centros universitários. Nenhuma faculdade. Das 16 instituições, treze são comunitárias (nove universidades e quatro centros universitários). Isso vai ao encontro do que Lückmann, Cimadon e Bernart (2015) afirmam, que as instituições comunitárias de ensino superior que integram os estados de SC e RS estão organizadas, em sua maioria, como universidades.

Quanto à natureza jurídica e à categoria administrativa, a maioria está organizada, respectivamente, sob fundação privada e privada sem fins lucrativos, com exceção da Furb (fundação municipal / pública municipal) e do Unifebe (fundação pública de direito privado municipal / privada sem fins lucrativos). Três instituições são públicas (Centro Universitário Municipal de São José, Furb e Udesc), conforme exposto no Quadro 35.

Quadro 35 – Instituições que compuseram o trabalho

Instituição	Organização acadêmica	Natureza jurídica	Categoria administrativa	Comunitária
Católica de Santa Catarina	Centro universitário	Fundação privada	Privada sem fins lucrativos	Sim
Centro Universitário Municipal de São José	Centro Universitário	Fundação municipal	Público municipal	Não
Furb	Universidade	Fundação municipal		
Udesc		Fundação estadual	Pública estadual	
Universidade do Contestado		Fundação privada	Privada sem fins lucrativos	Sim
Unesc				
Uniarp				
Unibave	Centro universitário	Fundação pública de direito privado municipal		
Unidavi				
Unifebe	Universidade	Fundação privada		
Uniplac				
Unisul				
Univali				
Univille				
Unochapecó				
Unoesc				

Fonte: Elaborado pelo pesquisador (2020).

Quanto à distribuição dos *campi* universitários, notou-se que todas as Regiões Geográficas Intermediárias estão contempladas. Isso é resultado do movimento de interiorização da educação superior, abordado por Bastiani, Trevisol e Pegoraro (2018), que buscou, desde a década de 1960, expandir a educação superior para o interior do estado, pois apenas os grandes centros urbanos, naquela época, eram contemplados. Isso foi possível, principalmente, por causa da criação das fundações de direito privado, provocada por pressão de lideranças da sociedade civil e, em sua maioria, criadas por dispositivo legal municipal.

Desse modo, observou-se que a instalação dessas instituições acontece conforme a demanda do local. Laguna, local de pesca e biodiversidade marinha, é contemplada por *campus* da Udesc com cursos de engenharia de pesca e ciências biológicas. A Unoesc *campus* Videira possui como forte atrativo os cursos de engenharia química, ambiental e sanitárias, de alimentos e biotecnologia industrial, sendo que, desde 2012, conforme retrata Unoesc (2020d), possui

instaladas na cidade empresas que se associaram para formar um dos maiores *players* globais do gênero alimentício.

Em se tratando das clínicas universitárias pertencentes às instituições da Acafe, conforme pesquisa bibliográfica e documental, nos documentos institucionais disponíveis na *web* e nos sites e nas matérias institucionais, identificou-se que, nas 16 instituições pesquisadas, havia 60 serviços de clínicas universitárias de saúde. Sendo 16 de psicologia (P), 12 de fisioterapia (F), oito de medicina (M), oito de odontologia (O), seis de medicina veterinária (MV) (considerando hospital veterinário), quatro de nutrição (N), duas de enfermagem (E), duas de análises clínicas (AC), uma de saúde visual (SV) e uma de biomedicina (B), conforme apresenta a Tabela 6. Apenas duas instituições não possuem clínica universitária de saúde.

Tabela 6 – Clínicas universitárias da Acafe.

Região Intermediária	Instituição	P	F	M	O	MV	N	E	AC	SV	B	Total
Florianópolis	Usj											0
	Unisul	1	1	1	1							4
	Udesc		1									1
	Total	1	2	1	1	0	0	0	0	0		5
Joinville	Univille	1		1	1							3
	UnC	2	1			1				1		5
	Total	3	1	1	1	1	0	0	0	1		8
Chapecó	UnC	1	1									2
	Unochapecó		1	1	1		1					4
	Unoesc*	1	1	1		1	1		1			6
	Total	2	3	2	1	1	2	0	1	0		12
Lages	Uniplac	1	1	1	1							4
	Udesc					1						1
	Total	1	1	1	1	1	0	0	0	0		5
Criciúma	Unesc	1	1	1	1		1	1			1	7
	Unibave	1				1						2
	Unisul	1	1	1	1	1						5
	Total	3	2	2	2	2	1	1	0	0		13
Blumenau	Católica de Santa Catarina											0
	Furb	1	1	1	1	1			1			6
	Unidavi	1										1
	Univali	1	1		1		1	1				5

Continua.

Cont. Tabela 6.

Blumenau	Unifebe	1										1
	Total	4	2	1	2	1	1	1	1	0		13
Caçador	Uniarp	2	1									3
	Total	2	1									3
Total geral		16	12	8	8	6	4	2	2	1	1	60

*Considerando as especialidades atendidas no hospital universitário.

Fonte: Elaborado pelo autor (2020).

Cada clínica universitária realiza diferentes números de atendimentos mensais. Assim sendo, este estudo não teve como objetivo comparar esses números, mesmo porque as instituições possuem diferentes portes, quantidade de acadêmicos matriculados disponíveis para atender, estrutura física, entre outros fatores, mas sim evidenciar que esses serviços fazem atendimentos à comunidade e propor uma reflexão sobre o quanto eles contribuem com o sistema de saúde para ajudar a atender uma demanda que teria de ser absorvida, em sua maior parte, pela rede pública, caso eles não existissem.

Constatou-se que são atribuídas diferentes nomenclaturas às clínicas universitárias de saúde, como Serviços de psicologia, clínica escola, ambulatório universitário, núcleo de psicologia, entre outros. São nomes que se referem a uma clínica de saúde que pertence à instituição de ensino superior para que seus acadêmicos realizem uma parte de seus estágios nelas. Os agendamentos podem acontecer de diversas formas: como diretamente pelo paciente no balcão de agendamentos, por telefone, por encaminhamento feito pelo SUS, por meio de fila de espera, entre outras formas.

Quanto à gratuidade, foi constatado que algumas clínicas cobram e outras realizam o atendimento gratuito. Não é intenção dar ênfase a quais instituições cobram ou deixam de cobrar, embora a informação se encontre nos registros públicos da *web*. É importante ressaltar que, para que sejam realizados os atendimentos, existe um custo que pode ser elevado para a instituição arcar com seus recursos institucionais. Portanto, é imperativo, em alguns casos, buscar maneiras de estabelecer o equilíbrio econômico-financeiro, o que pode acontecer por meio de convênios com o Poder Público ou ainda pela aplicação de alguma taxa pelo atendimento. Percebeu-se que é mais comum os atendimentos serem realizados mediante convênio com o Poder Público do que a cobrança direta ao paciente.

Algumas clínicas nada cobram e não realizam convênio com o Poder Público, e os atendimentos são realizados com os recursos institucionais. Outras realizam o atendimento

gratuito, mediante uma triagem socioeconômica para admissão do paciente no serviço. Quando existe a cobrança, o paciente mais carente é afetado. Entretanto, o valor cobrado é fixado em tabela e se encontra abaixo dos preços praticados pela maioria dos serviços particulares. Uma das possibilidades para tentar explicar isso é porque o atendimento é realizado, em parte ou totalmente, por acadêmicos, ainda que supervisionados pelo professor especialista, mestre ou doutor.

Um dos principais objetivos das clínicas escola é servir como campo de estágio para os acadêmicos dos cursos de graduação. Dessa forma, o aluno adquire experiência pela vivência da profissão enquanto estuda, sob a supervisão de um profissional formado, que geralmente é o seu professor. Isso corrobora a visão de Amaral *et al.* (2012), que afirmam que os serviços escola têm como fim atender às necessidades da graduação, de forma a aplicar o que foi aprendido em sala de aula.

Assim sendo, consegue-se inferir que é uma via de mão dupla, pois o paciente recebe um atendimento de qualidade, supervisionado por um professor – que está na vanguarda do conhecimento – e o aluno, por sua vez, tem atendidas as suas necessidades de ensino, pesquisa e extensão.

Outra informação importante é que algumas clínicas – como a da Unochapecó, da Furb, da Unesc e da Uniplac - possuem serviços integrados nos quais o mesmo local abriga todas ou mais de uma clínica e a divisão dos respectivos espaços é feita internamente. Isso é positivo para o paciente, ao se considerar que ele não precisará se deslocar para diferentes bairros ou cidades a fim de obter um atendimento de uma outra especialidade. Pois, eventualmente, ele conseguirá suprir suas diferentes necessidades dentro de um único local.

Estando geograficamente no mesmo local, também existe uma facilidade para promover a interdisciplinaridade e a multidisciplinaridade, de forma que uma área do conhecimento possa contribuir com a outra, agregando conhecimento e valor para o aprendizado acadêmico e para o tratamento do paciente.

Outro fato importante percebido no levantamento de dados da pesquisa é a possibilidade de os casos clínicos poderem ser utilizados para fins de pesquisa acadêmica. Assim, as informações do prontuário do paciente, as possibilidades de aplicação de questionários e de realização de entrevistas, assim como a coleta de material biológico podem contribuir para avanços científicos e para a produção de trabalho em âmbito de graduação a doutorado.

Após a descrição de cada instituição da Acafe que compôs este trabalho, ressaltou-se a importância para o desenvolvimento regional do estado de Santa Catarina e caracterizaram-se as clínicas universitárias de saúde. Além disso, buscou-se descrever o grau de maturidade de gestão do conhecimento nessas clínicas.

4.3 GESTÃO DO CONHECIMENTO EM CLÍNICAS UNIVERSITÁRIAS DE SAÚDE

O Quadro 36 apresenta os gestores que, após a data limite de resposta do instrumento de pesquisa, aderiram ao escopo deste estudo, totalizando 16 gestores:

Quadro 36 – Clínicas participantes da pesquisa

Região Geográfica Intermediária a que pertence	Clínica de			
Blumenau	Gestor geral A			
Caçador	Psicologia	Sem participação		
Chapécó	Sem participação	Fisioterapia	Odontologia	Medicina
Criciúma	Psicologia	Fisioterapia	Odontologia	Medicina
Florianópolis	Psicologia	Fisioterapia	Odontologia	Medicina
Joinville	Psicologia	Sem participação	Sem participação	Medicina
Lages	Gestor geral B			

Fonte: Elaborado pelo pesquisador.

Ressalta-se que existem clínicas universitárias de saúde que possuem os gestores das áreas específicas e um coordenador geral. Desse modo, houve casos em que o gestor geral foi o responsável pela adesão à pesquisa. Assim como, houve clínicas com estrutura integradas, mas que os gestores de cada área foram os respondentes.

As Regiões Geográfica Intermediárias, conforme abordado neste capítulo, compreendem um conjunto de vários municípios e, não necessariamente, as clínicas a que este estudo se refere estão localizadas no município que leva o nome da Região. Além disso, houve duas clínicas de saúde em que o gestor geral é responsável pela clínica e foi quem respondeu por todos os Serviços. Ademais, o questionário de Batista (2012) foi adaptado conforme a realidade das clínicas universitárias e essa adaptação está disposta, na íntegra, no apêndice A, assim como, a versão original de Batista (2012) no anexo 1. O Quadro 37 apresenta a pontuação das clínicas e o nível de maturidade em gestão do conhecimento em que se encontram.

Quadro 37 – Pontuação e nível de maturidade em GC das clínicas universitárias de saúde

Região Geográfica Intermediária	Clínica ou gestão	Pontuação	Nível de maturidade em GC	Tempo em gestão da clínica
Blumenau	Gestor geral de fisioterapia, medicina, odontologia e psicologia	140	Introdução (expansão)	Menos de 1 ano
Caçador	Psicologia	170	Refinamento	Mais de 6 anos
Chapecó	Fisioterapia	173	Refinamento	Mais de 6 anos
	Medicina	118	Iniciação	Menos de 1 ano
	Odontologia	98	Iniciação	Mais de 6 anos
Criciúma	Fisioterapia	198	Maturidade	Entre 1 e 3 anos
	Medicina	125	Iniciação	Entre 1 e menos de 3 anos
	Odontologia	106	Iniciação	Mais de 6 anos
	Psicologia	105	Iniciação	Mais de 6 anos
Florianópolis	Fisioterapia	92	Iniciação	Mais de 6 anos
	Medicina	162	Refinamento	Mais de 6 anos
	Psicologia	146	Introdução (expansão)	Entre 1 e 3 anos
	Odontologia	128	Introdução (expansão)	Menos de 1 ano
Joinville	Medicina	159	Refinamento	Mais de 6 anos
	Psicologia	152	Refinamento	Entre 1 e 3 anos
Lages	Gestor geral de fisioterapia, medicina, odontologia e psicologia	139	Introdução (expansão)	Mais de 6 anos

Fonte: Elaborado pelo pesquisador (2020).

Notou-se que seis clínicas estão no nível de maturidade de iniciação, no qual se começa a reconhecer a necessidade de gerenciar o conhecimento. Cinco estão no nível de refinamento, no qual a implementação de GC é avaliada e melhorada de forma contínua. Quatro delas estão no nível de introdução (expansão), em que há práticas de GC em algumas áreas e uma está no nível de maturidade, no qual a GC está institucionalizada. Ao se fazer uma média sobre as pontuações, considera-se que as clínicas de psicologia possuem a maior pontuação, seguidas de medicina, fisioterapia e odontologia. A Tabela 7 apresenta a síntese desses resultados.

Tabela 7 – Nível de maturidade em GC e quantidade correspondente de clínicas

	Nível de maturidade	Quantidade de clínicas	Quantidade (%)
1	Reação	0	0
2	Iniciação	6	37,5
3	Introdução (expansão)	4	25
4	Refinamento	5	31,2
5	Maturidade	1	6,2
	Total	16	100

Fonte: Elaborado pelo pesquisador.

Consoante aos dados coletados, nenhuma clínica se encontra no nível de reação, de forma a não saber o que é GC e desconhecer sua importância para aumentar a eficiência e melhorar a qualidade. 62,5% das clínicas pesquisadas estão ou no nível de iniciação ou de introdução. Isso vai ao encontro do que Cruz e Ferreira (2016) apontam, quando dizem que as instituições de saúde, em sua maioria, podem não ter institucionalizada a GC, mas certamente todas elas possuem práticas em seu âmbito.

Quanto à relação entre o tempo em que o gestor coordena sua clínica e o nível de maturidade, não houve resultado relevante, posto que, dos nove gestores que estão há mais de seis anos, quatro clínicas encontram-se no nível de iniciação (demonstrando mais rigidez em suas avaliações). No entanto, quatro deles identificam o nível de refinamento e um de introdução (expansão). Ao se analisar as respostas dos gestores que estão há menos de um ano ou entre um e três anos investidos na função, dois identificam o grau de iniciação, três o de introdução (expansão), um o de refinamento e um o de maturidade. Portanto, esses dados isoladamente não permitem conclusões precisas.

A fim de identificar pontos fortes e oportunidades de melhoria em GC, adaptou-se o modelo de Batista (2016) para avaliação do instrumento de Batista (2012). Assim, observou-se que, no questionário, a opção 1 e 2, respectivamente, significam “as ações descritas são muito mal realizadas ou não são realizadas” e “as ações descritas são mal realizadas”. Nesse caso, conclui-se que essas ações são oportunidades de melhoria. Do mesmo modo, as assertivas que foram respondidas com 4 (as ações são bem realizadas) ou 5 (as ações são muito bem realizadas) foram consideradas como pontos fortes de cada clínica. Assim, para fins de identificação de oportunidades de melhoria e pontos fortes, a alternativa 3 (as ações descritas foram realizadas) foi desconsiderada, sendo um ponto neutro.

4.3.1 Critério Liderança em Gestão do Conhecimento

O Quadro 38 apresenta as seis ações contidas no critério liderança em gestão do conhecimento, já com as adaptações do pesquisador para a realidade das clínicas universitárias. Essas ações foram analisadas posteriormente, de acordo com a resposta dos gestores de clínicas universitárias, segmentadas pelo seu nível de maturidade.

Quadro 38 – Ações do critério liderança em GC

Critério 1 – Liderança em Gestão do Conhecimento
1 – A instituição compartilha conhecimento, a sua visão e a estratégia de Gestão do Conhecimento fortemente alinhados com visão, missão e objetivos estratégicos institucionais.
2 – Existem, implantados, na clínica, arranjos organizacionais para formalizar as iniciativas de Gestão do Conhecimento (exemplos: uma unidade central da gestão da informação/conhecimento; gestão da informação/conhecimento; equipes de melhoria da qualidade; e redes de conhecimento).
3 – A gestão superior institucional frequentemente destina recursos financeiros às iniciativas de proteção, criação, armazenamento, compartilhamento, disseminação e aplicação do conhecimento? (exemplos: prontuário eletrônico, workshops, rodas de conversa, simpósios, videoconferências, viagens ou passeis de socialização, intranet e internet cabeada ou sem fio, entre outros).
4 – A clínica tem políticas e instrumentos de proteção da informação e do conhecimento (exemplos: prontuário eletrônico, fluxos bem estabelecidos, integridade, autenticidade e sigilo das informações).
5 – A gestão superior institucional e gerentes de serviços servem como exemplo ao colocar em prática os valores de compartilhamento do conhecimento e de trabalho colaborativo. Elas passam mais tempo disseminando informação para suas equipes e facilitando o fluxo horizontal de informação entre suas equipes e equipes de outros departamentos/divisões/unidades.
6 – A gestão superior institucional e os gerentes de serviços promovem, reconhecem e recompensam a melhoria do desempenho, o aprendizado individual e organizacional, o compartilhamento de conhecimento e a criação de novos conhecimentos e inovação tecnológica.

Fonte: Adaptado de Batista (2012).

A Tabela 8 apresenta as pontuações obtidas junto às 16 clínicas, na percepção dos seus gestores, sendo que seis instituições se encontram no nível de iniciação, quatro em introdução (expansão), cinco em refinamento e uma em maturidade. Essa tabela considerou a quantidade proporcional. Por exemplo, se no nível de introdução (expansão), há quatro clínicas, considerou-se que a possibilidade máxima de pontuação para cada ação são 20 pontos (cinco vezes quatro, 100%) e a mínima 4 pontos (uma vez quatro, 20%). Nesse caso, para todo o critério, que contém seis assertivas, a pontuação máxima será de 120 pontos (seis vezes vinte; 100%) e a mínima, 24 (seis vezes quatro; 20%). O mesmo cálculo foi realizado para as instituições identificadas nos demais níveis de maturidade.

Tabela 8 – Pontuação grupal segundo o nível de maturidade em GC, critério liderança

Ação	Iniciação		Introdução (expansão)		Refinamento		Maturidade		Total	Prop.
	Total	Prop.	Total	Prop.	Total	Prop.	Total	Prop.		
1	16	53	9	45	15	60	4	80	44	55
2	14	47	13	65	18	72	4	80	49	61
3	11	37	8	40	13	52	4	80	36	45
4	14	47	11	55	16	64	4	80	45	56
5	12	40	10	50	15	60	4	80	41	51
6	15	50	12	60	18	72	4	80	49	61
Total	82	46	63	53	95	63	24	80	264	55

Fonte: Elaborado pelo pesquisador (2020).

É pacífico o entendimento de que a ação de número três é a principal oportunidade de melhoria no critério liderança, posto que recebe a menor pontuação isoladamente das clínicas que estão em iniciação e introdução (expansão) e refinamento. Não há diferença em se tratando do respondente em nível de maturidade.

Quanto ao ponto forte, ao se considerar as clínicas cujo nível de maturidade em GC seja a iniciação, é importante ressaltar que uma assertiva foi elencada como ponto forte por um único gestor (de medicina da Região Geográfica Intermediária de Criciúma). Todas as demais ações foram consideradas oportunidades de melhoria ou neutras.

Desse modo, destacou-se a terceira ação (a gestão superior institucional frequentemente destina recursos financeiros às iniciativas de proteção, criação, armazenamento, compartilhamento, disseminação e aplicação do conhecimento. Ex: prontuário eletrônico, *workshops*, rodas de conversa, simpósios, videoconferências, viagens ou passeios, etc.), que foi uma oportunidade de melhoria para todos os pesquisados do nível de iniciação.

A partir desses resultados, recomendou-se, como oportunidade de melhoria, maior disponibilização de recursos financeiros da gestão superior institucional para as iniciativas de GC. No nível de introdução (expansão), essa ação foi considerada como oportunidade de melhoria por três dos quatro respondentes, deixando explícito que em dez dos dezesseis gestores estudados, os recursos financeiros destinados pela gestão superior institucional são insuficientes para as iniciativas de gestão do conhecimento.

Em se tratando das cinco clínicas no nível de refinamento, os investimentos foram considerados suficientes. No entanto, neste nível, o gestor de psicologia da Região de Joinville não identificou nenhum ponto forte, mas sim todos neutros. Além disso, dois deles identificaram que tanto a gestão superior institucional quanto as chefias intermediárias costumam recompensar e reconhecer a melhoria do desempenho, o aprendizado individual e organizacional, o compartilhamento de conhecimento e a criação de novos conhecimentos e inovação tecnológica. Em se tratando das clínicas por área do conhecimento, a Tabela 9 apresenta a pontuação.

Tabela 9 – Pontuação por área do conhecimento, critério liderança em GC

Ação	Fisioterapia		Medicina		Odontologia		Psicologia		Total	Prop
	Total	Prop.	Total	Prop.	Total	Prop.	Total	Prop.		
1	15	60	16	53	12	48	16	53	59	54
2	17	68	19	63	14	56	20	67	70	64
3	14	56	15	50	11	44	11	37	51	46
4	14	56	18	60	11	44	17	57	60	54
5	15	60	16	53	12	48	16	53	59	54
6	16	64	20	67	12	48	19	63	67	61
Total	91	61	104	58	72	48	99	55	366	55

Fonte: Elaborado pelo pesquisador (2020).

Ao se considerar as áreas do conhecimento, notou-se que a maior pontuação pertence à fisioterapia, e, respectivamente, à medicina, à psicologia e à odontologia. Quanto ao principal ponto forte, destacou-se a ação de número dois é o principal ponto forte, enquanto a ação de número três, consoante às oportunidades de melhoria na segmentação por nível de maturidade, foi considerada como tal pelas áreas do conhecimento. Há de se ressaltar que dois gestores responderam por todas as clínicas, computando, então, suas assertivas, em todas as áreas do conhecimento. Por isso, diverge o valor quando se realiza a segmentação por grau de maturidade e área do conhecimento. Ademais, a Tabela 10 apresenta a segmentação por Região Geográfica Intermediária.

Tabela 10 – Pontuação por Região Geográfica Intermediária, critério liderança em GC

Ação	Blum.		Caç.		Chap.		Cric.		Join.		Flori.		Lag		Total	Prop
	T	P	T	P	T	P	T	P	T	P	T	P	T	P		
1	3	60	3	60	9	60	13	65	6	50	8	40	2	80	44	55
2	4	80	4	80	10	67	10	50	6	50	12	60	3	20	49	61
3	2	40	1	20	7	47	9	45	6	50	8	40	3	40	36	45
4	3	60	3	60	7	47	12	60	6	50	12	60	2	60	45	56
5	3	60	3	60	6	40	11	55	6	50	9	45	3	60	41	51
6	3	60	4	80	8	53	13	65	7	58	11	55	3	60	49	61
Total	18	60	18	60	47	52	68	57	37	62	60	50	16	53	264	55

Fonte: Elaborado pelo pesquisador (2020).

Ao descrever o nível de maturidade considerando a Região Geográfica Intermediária, notou-se que Caçador possui a maior pontuação, devendo se considerar que possui uma única clínica respondente para essa Região.

Em seguida, a maior pontuação foi a clínica da Região de Joinville, seguida de Blumenau – que há de se considerar que a sua pontuação não oscilou, pois houve um único gestor que respondeu ao questionário por todas as clínicas escola – Criciúma, Lages – também um único gestor - Chapecó e, por fim, Florianópolis. Logo, são os principais pontos fortes e

oportunidades de melhoria, conforme identificados pelos níveis de maturidade e pela Região Geográfica Intermediária, assim como, pelas áreas do conhecimento (fisioterapia, medicina, odontologia e psicologia) o exposto no Quadro 39:

Quadro 39 – Principais pontos fortes e oportunidades de melhoria, critério liderança em GC

Critério liderança	Pontos fortes	Oportunidades de melhoria
Nível de maturidade e Região Geográfica Intermediária	6 – A gestão superior institucional e os gerentes de serviços promovem, reconhecem e recompensam a melhoria do desempenho, o aprendizado individual e organizacional, o compartilhamento de conhecimento e a criação de novos conhecimentos e inovação tecnológica.	3 – A gestão superior institucional frequentemente destina recursos financeiros às iniciativas de proteção, criação, armazenamento, compartilhamento, disseminação e aplicação do conhecimento? (exemplos: prontuário eletrônico, workshops, rodas de conversa, simpósios, videoconferências, viagens ou passeis de socialização, intranet e internet cabeada ou sem fio, entre outros).
Área do conhecimento	2 – Existem, implantados, na clínica, arranjos organizacionais para formalizar as iniciativas de Gestão do Conhecimento (exemplos: uma unidade central da gestão da informação/conhecimento; gestão da melhoria da qualidade; equipes de melhoria da qualidade; e redes de conhecimento).	

Fonte: Elaborado pelo pesquisador (2020).

4.3.2 Critério Processos

O Quadro 40 apresenta as ações do critério processos, que serão analisadas de acordo com a resposta dos gestores de clínicas universitárias, segmentadas pelo seu nível de maturidade, área do conhecimento e Região Geográfica Intermediária.

Quadro 40 - Ações do critério processos

Critério 2 – Processos
7 – As competências essenciais para ingressar no setor, seja para trabalhar ou realizar estágio, estão definidas de forma clara e alinhadas à missão da universidade.
8 – A clínica readequa seu processo de trabalho para agregar valor ao paciente e alcançar alto desempenho.
9 – Ao definir processos, contemplam-se: novas tecnologias, compartilhamento de conhecimento, flexibilidade, eficiência, eficácia e efetividade social.
10 – A clínica possui um sistema para gerenciar situações imprevistas, de forma que quando elas acontecem, as operações permanecem ativas.
11 – A clínica implementa e gerencia processos de apoio e finalísticos para assegurar o equilíbrio entre o atendimento do paciente e a manutenção dos resultados econômico-financeiros da instituição.
12 – A clínica avalia e melhora continuamente seus processos meio e fim (atendimento a paciente, excelência no ensino) para alcançar melhor desempenho, manter continuidade e melhorar produtos e serviços para se manter atualizada com as práticas de excelência em gestão.

Fonte: Adaptado de Batista (2012).

A Tabela 11 apresenta a pontuação, total e proporcional, conforme o nível de maturidade, considerando as seis instituições no nível de iniciação, quatro em introdução (expansão), cinco em refinamento e uma em maturidade.

Tabela 11 – Pontuação grupal segundo nível de maturidade em GC, critério processos

Ação	Iniciação		Introdução (expansão)		Refinamento		Maturidade		Total	Prop.
	Total	Prop.	Total	Prop.	Total	Prop.	Total	Prop.		
7	18	60	20	100	24	96	5	100	67	84
8	22	73	18	90	24	96	5	100	69	86
9	19	63	16	80	22	88	5	100	62	78
10	13	43	15	75	20	80	5	100	53	66
11	18	60	16	80	20	80	5	100	59	74
12	16	53	17	85	21	84	5	100	59	74
Total	106	59	102	85	131	87	30	100	369	77

Fonte: Elaborado pelo pesquisador (2020).

Como principal oportunidade de melhoria, considerou-se a ação de número 10. Notou-se que as clínicas identificam a necessidade de melhoria na adoção de um sistema que gerencie situações imprevistas, de forma que, quando elas aconteçam, as operações permaneçam ativas. Essa ação obteve a menor pontuação para as clínicas que estão no nível de iniciação. Sendo inexistente ou mal realizada por três das seis clínicas e realizada, adequadamente, pelas outras três. Essa ação obteve a menor pontuação para o grupo que está em nível de introdução (expansão). No entanto, não há recomendação de oportunidade de melhoria, pois as ações, segundo os respondentes, são realizadas adequadamente, bem ou muito bem realizadas.

Além disso, as clínicas universitárias em nível de refinamento, embora tivessem pontuado as ações de número 10 e 11 com a menor pontuação do critério, não houve, isoladamente, identificação de oportunidades de melhorias. Pelo contrário, tanto essa ação quanto a de número 10 são bem realizadas, muito bem realizadas ou realizadas adequadamente. Quanto à clínica em nível de maturidade, não há recomendações de oportunidades de melhoria em se tratando deste critério.

Quanto aos pontos fortes, a ação de número oito obteve a maior pontuação geral. Assim sendo, as clínicas veem como uma de suas fortalezas o fato de readequarem seus processos internos para agregar valor ao paciente e alcançar o alto desempenho.

Essa ação obteve maior pontuação geral e entre as clínicas universitárias que estão em nível de maturidade e iniciação. Quanto às clínicas universitárias em nível de refinamento e

maturidade, houve um empate entre as ações 7 e 8, como principais pontos fortes, e, entre as clínicas em nível de introdução (expansão), a ação de número 7 obteve a maior pontuação.

Ademais, a Tabela 12 apresenta as pontuações por área do conhecimento (fisioterapia, medicina, odontologia e psicologia).

Tabela 12 – Pontuação por área do conhecimento, critério processos

Ação	Fisioterapia		Medicina		Odontologia		Psicologia		Total	Prop
	Total	Prop.	Total	Prop.	Total	Prop.	Total	Prop.		
7	23	92	27	90	20	80	27	90	97	88
8	23	92	27	90	19	76	27	90	96	87
9	21	84	23	77	16	64	26	87	86	78
10	18	72	20	67	13	52	23	77	74	56
11	19	76	22	73	16	64	26	87	83	75
12	20	80	22	73	16	64	25	83	83	75
Total	124	83	141	78	100	67	154	86	519	79

Fonte: Elaborado pelo pesquisador (2020).

Destaca-se que a ação de número dez possui a menor pontuação, tratando-se da principal oportunidade de melhoria, em se tratando das áreas do conhecimento. Além disso, a ação de número oito possui destaque, mas é a segunda maior pontuação. A ação de número 7 obteve a maior pontuação, em se tratando das áreas do conhecimento. Dessa forma, a Tabela 13 apresenta as pontuações segmentadas por Região Geográfica Intermediária.

Tabela 13 - Pontuação por Região Geográfica Intermediária, critério processos

Ação	Blum.		Caça.		Chap.		Cric.		Join.		Flor.		Lage.		Total	Prop
	T.	P.	T.	P.	T.	P.	T.	P.	T.	P.	T.	P.	T.	P.		
7	5	100	5	100	11	73	14	70	9	90	18	90	5	100	Total	Prop.
8	5	100	5	100	11	73	17	85	9	90	18	90	4	80	67	84
9	4	80	5	100	10	67	16	80	8	80	15	75	4	80	69	86
10	3	60	4	80	10	67	12	60	7	70	13	65	4	80	62	78
11	3	60	5	100	9	60	16	80	7	70	14	70	5	100	53	66
12	4	80	5	100	9	60	15	75	7	70	15	75	4	80	59	74
Total	29	80	29	97	60	67	90	75	47	78	93	78	26	87	369	77

Fonte: Elaborado pelo pesquisador (2020).

Como uma possível oportunidade de melhoria, destaca-se a ação de número 10, no entanto, dos 16 gestores de clínicas participantes desta pesquisa, apenas três identificaram essa ação como oportunidade de melhoria, cinco identificaram como ação realizada adequadamente, e os demais, como uma ação bem ou muito bem realizada. Portanto, não foi considerada como uma oportunidade de melhoria em âmbito geral. Assim, ao se verificar o critério por nível de

maturidade em GC, área do conhecimento e Região Geográfica Intermediária, notou-se que existem pontos fortes, mas não houve, para este critério, oportunidades de melhoria, em âmbito geral. O Quadro 41 expõe o principal ponto forte identificado.

Quadro 41 – Principais pontos fortes e oportunidades de melhoria, critério processos

Critério processos	Pontos fortes	Oportunidades de melhoria
Nível de maturidade e Região Geográfica Intermediária	8 – A clínica readequa seu processo de trabalho para agregar valor ao paciente e alcançar alto desempenho.	Não houve.
Área do conhecimento		

Fonte: Elaborado pelo pesquisador (2020).

4.3.3 Critério Pessoas

O Quadro 42 apresenta as ações do critério pessoas, que foram analisadas de acordo com a resposta dos gestores de clínicas universitárias, segmentadas pelo seu nível de maturidade, área do conhecimento e Região Geográfica Intermediária.

Quadro 42 – Ações do critério pessoas

Critério 3 – Pessoas
13 – São ofertados programas de educação permanente, assim como qualificação para o desenvolvimento de carreiras, que ampliam o conhecimento, as habilidades e as capacidades do colaborador e vão ao encontro das necessidades de alto desempenho que a clínica requer.
14 – A clínica, de maneira sistemática, consegue disseminar as informações necessárias do setor, de forma eficiente, para novos colaboradores.
15 – A clínica tem processos formais de <i>mentoring</i> , <i>coaching</i> e tutoria.
16 – A clínica – ou ainda a instituição – possui banco de competências dos seus colaboradores (currículos cadastrados atualizados, <i>lattes</i> atualizado de todos os funcionários, banco de dados e de talentos, etc.).
17 – A colaboração e o compartilhamento do conhecimento são reconhecidos e/ou recompensados ou corrigidos, se necessário.
18 – Existem equipes organizadas internamente à clínica que visam a estruturar o trabalho (comissão de prontuário, de segurança do paciente, de pesquisa em determinadas áreas do conhecimento, de melhorias de processo, de equipes interdepartamentais, etc.) e elas são suficientes para enfrentar os problemas locais.

Fonte: Adaptado de Batista (2012)

A Tabela 14 apresenta a pontuação, total e proporcional, conforme o nível de maturidade, considerando as seis instituições no nível de iniciação, quatro em introdução (expansão), cinco em refinamento e uma em maturidade.

Tabela 14 - Pontuação grupal segundo nível de maturidade em GC, critério pessoas

Ação	Iniciação		Introdução (expansão)		Refinamento		Maturidade		Total	Prop
	Total	Prop.	Total	Prop.	Total	Prop.	Total	Prop.		
13	18	60	13	65	20	80	5	100	56	70
14	17	57	15	75	22	88	5	100	59	74
15	6	20	7	35	16	64	5	100	34	43
16	17	57	13	65	15	60	5	100	50	63
17	15	50	12	60	20	80	5	100	52	65
18	14	47	12	60	18	72	5	100	49	61
Total	87	48	72	60	111	74	30	100	300	63

Fonte: Elaborado pelo pesquisador (2020).

A ação de número 15 obteve a menor pontuação de todos os sete critérios, no nível de iniciação, ganhando a pontuação mínima por todos os respondentes desse nível de maturidade – as ações descritas são muito mal realizadas ou ainda não são realizadas. No nível de introdução (expansão) e de refinamento, a mesma ação obteve a menor pontuação. Em se tratando do total geral, essa ação obteve a menor pontuação dos sete critérios adotados no modelo de Batista (2012).

Dessa forma, como principal oportunidade de melhoria deste critério, identificou-se a recomendação de processos formais de *mentoring*, *coaching* e tutoria, com o objetivo de transferir e preservar o conhecimento institucional.

Quanto ao principal ponto forte, nota-se que as clínicas disseminam as informações necessárias do setor para novos colaboradores (ação de número 14). Essa ação obteve pontuação quatro ou cinco de 10 das 16 respostas. Os grupos em refinamento e introdução (expansão) identificaram essa ação como principal ponto forte, a clínica em maturidade identificou essa ação como muito bem realizada, e o grupo em iniciação descreveu essa ação como a segunda maior pontuação. Ademais, a Tabela 15 apresenta a pontuação por área do conhecimento.

Tabela 15 - Pontuação por área do conhecimento, critério pessoas

Ação	Fisioterapia		Medicina		Odontologia		Psicologia		Total	Prop
	Total	Prop.	Total	Prop.	Total	Prop.	Total	Prop.		
13	20	80	22	73	17	68	21	70	80	73
14	20	80	23	77	15	60	22	73	80	73
15	14	56	11	37	8	32	13	43	46	42
16	16	64	18	60	14	56	14	47	62	56
17	16	64	20	67	13	52	18	60	67	61
18	17	68	15	50	13	52	22	73	67	61
Total	103	69	109	61	80	53	110	61	402	61

Fonte: Elaborado pelo pesquisador (2020).

Por área do conhecimento, a ação de número 15 permanece como oportunidade de melhoria. No entanto, como ponto forte, destacou-se a ação de número 13 juntamente com a de número 14, sendo a primeira referente à oferta de programas de educação permanente que visam ao desenvolvimento de carreiras e ampliam conhecimento, habilidades e capacidades. A diferença de pontuação da tabela 15, ao se segmentar por nível de maturidade ou por área do conhecimento, acontece em virtude de as clínicas de Blumenau e Lages terem um único gestor respondente (Blumenau e Lages), quando a pontuação foi computada para todas as áreas do conhecimento. A Tabela 16 apresenta a pontuação por Região Geográfica Intermediária, do critério pessoas.

Tabela 16 - Pontuação por Região Geográfica Intermediária, critério pessoas

Ação	Blum.		Caça.		Chap.		Cric.		Join.		Flor.		Lage.		Total	Prop
	T.	P.	T.	P.	T.	P.	T.	P.	T.	P.	T.	P.	T.	P.		
13	4	80	4	80	9	60	15	75	9	90	8	53	4	80	53	66
14	3	60	4	80	9	60	15	75	9	90	11	73	4	80	55	69
15	2	40	3	60	6	40	8	40	8	80	4	27	2	40	33	41
16	2	40	1	20	13	87	12	60	8	80	11	73	2	40	49	61
17	3	60	4	80	9	60	13	65	7	70	9	60	2	40	47	59
18	4	80	5	100	8	53	13	65	8	80	8	53	2	40	48	60
Total	18	60	21	70	54	60	76	63	49	82	51	57	16	53	285	59

Fonte: Elaborado pelo pesquisador (2020).

Ao se identificar oportunidades de melhorias por Região Geográfica Intermediária de SC, notou-se que a ação 15 foi a oportunidade de melhoria destacada para todas as Regiões, à exceção de Blumenau, que possui a ação 15 e 16 como oportunidade de melhoria. Assim sendo, é unânime o entendimento de que as ações de número 13 e 14 são os principais pontos fortes. Logo, com base na identificação dos pontos fortes e das oportunidades de melhoria em se tratando das clínicas universitárias, segmentadas por nível de maturidade, área do conhecimento ou ainda Região Geográfica Intermediária, o Quadro 43 apresenta os principais achados.

Quadro 43 - Principais pontos fortes e oportunidades de melhoria, critério pessoas

Critério pessoas	Pontos fortes	Oportunidades de melhoria
Nível de maturidade e Região Geográfica Intermediária	14 – A clínica, de maneira sistemática, consegue disseminar as informações necessárias do setor, de forma eficiente, para novos colaboradores.	15 – A clínica tem processos formais de <i>mentoring</i> , <i>coaching</i> e tutoria.
Área do conhecimento	13 – São ofertados programas de educação permanente, assim como qualificação para o desenvolvimento de carreiras, que ampliam o conhecimento, as habilidades e as capacidades do colaborador e vão ao encontro das necessidades de alto desempenho que a clínica requer.	

Fonte: Elaborado pelo pesquisador (2020).

4.3.4 Critério Tecnologias

O Quadro 44 apresenta as ações do critério tecnologias, que serão analisadas de acordo com a resposta dos gestores de clínicas universitárias, segmentadas pelo seu nível de maturidade, área do conhecimento e Região Geográfica Intermediária.

Quadro 44 – Ações do critério tecnologias

Critério 4 – Tecnologias
19 – A infraestrutura disponível de TI para as atividades de meio e fim (atendimento a paciente e ensino aos alunos) é adequada (exemplos: internet, intranet e sítio na <i>web</i>).
20 – A infraestrutura de TI é alinhada para atender às estratégias de gestão de informação – de pacientes, relatórios, funcionários, financeiro, administrativo, etc.
21 – Todas as pessoas da clínica têm acesso a computador.
22 – Todas as pessoas da clínica têm acesso à internet/intranet, cabeada ou sem fio, e a um endereço de e-mail institucional.
23 – As informações disponíveis no sítio da <i>web</i> /intranet são atualizadas frequentemente.
24 – A intranet (ou uma rede similar), o e-mail institucional ou os aplicativos de mensagem instantânea (whatsapp, telegram) são usados como uma das principais fontes de comunicação em toda a clínica como apoio à transferência de conhecimento e ao compartilhamento de informação de trabalho.

Fonte: Adaptado de Batista (2012).

A Tabela 17 apresenta a pontuação, total e proporcional, conforme o nível de maturidade, considerando as seis instituições no nível de iniciação, quatro em introdução (expansão), cinco em refinamento e uma em maturidade.

Tabela 17 - Pontuação grupal segundo nível de maturidade em GC, critério tecnologias

Ação	Iniciação		Introdução (expansão)		Refinamento		Maturidade		Total	Prop
	Total	Prop.	Total	Prop.	Total	Prop.	Total	Prop.		
19	17	57	16	80	22	88	5	100	60	75
20	17	57	10	50	18	72	5	100	50	63
21	22	73	17	85	20	80	5	100	64	80
22	25	83	19	95	23	92	5	100	72	90
23	21	70	18	90	20	80	5	100	64	80
24	17	57	17	85	19	76	5	100	58	73
Total	119	66	97	81	122	81	30	100	368	77

Fonte: Elaborado pelo pesquisador (2020).

É importante destacar que o critério tecnologias obteve a maior pontuação em todas as IES participantes da pesquisa. Além disso, como principal ponto forte, apresenta-se a ação 22, considerada por catorze das dezesseis clínicas, ação neutra por uma e uma oportunidade de melhoria por uma clínica. Ainda assim, a maioria dos pesquisados a identifica como o maior

ponto forte do critério. Essa ação se refere ao acesso à internet, seja cabeada ou sem fio, e ao e-mail institucional.

Como principal oportunidade de melhoria, destacou-se a ação de número 20, que se refere ao alinhamento da estrutura de TI para atender às necessidades de gerenciamento de informação, essas necessidades podem ser de âmbito administrativo, clínico, financeiro, de colaboradores, relatórios, etc. Essa ação foi identificada por seis das dezesseis clínicas, sendo três no nível de iniciação, três em introdução (expansão). A Tabela 18 apresenta a pontuação por área de conhecimento do critério tecnologias.

Tabela 18 - Pontuação por área do conhecimento, critério tecnologias

Ação	Fisioterapia		Medicina		Odontologia		Psicologia		Total	Prop.
	Total	Prop.	Total	Prop.	Total	Prop.	Total	Prop.		
19	20	80	22	73	18	72	24	80	84	76
20	17	68	19	63	14	56	18	60	68	62
21	21	84	24	80	23	92	26	87	94	85
22	21	84	28	93	24	96	26	87	99	90
23	21	84	23	77	22	88	25	83	91	83
24	20	80	22	73	16	64	24	80	82	75
Total	120	80	138	78	117	78	143	79	518	78

Fonte: Elaborado pelo pesquisador (2020).

Por unanimidade, em todas as áreas do conhecimento pesquisadas, identificou-se a ação de número 20 como a principal oportunidade de melhoria, ainda que algumas clínicas a tivessem considerado um ponto forte.

A ação de número 22 é o principal ponto forte, possuindo destaque em todas as áreas do conhecimento. Ela foi pontuada como ponto forte ou neutro por todas as áreas do conhecimento, havendo apenas uma única clínica, dentre as 16, que a considerou uma ação mal realizada. A Tabela 19 apresenta a descrição por Região Geográfica Intermediária.

Tabela 19 - Pontuação por Região Geográfica Intermediária, critério tecnologias

Ação	Blum.		Caça.		Chap.		Cric.		Join.		Flor.		Lage		Total	Prop
	T.	P.	T.	P.	T.	P.	T.	P.	T.	P.	T.	P.	T.	P.		
19	5	100	5	100	10	67	15	75	8	80	10	67	3	60	56	70
20	2	40	3	60	10	67	14	70	7	70	6	40	4	80	46	58
21	5	100	5	100	15	100	16	80	8	80	8	53	5	100	62	78
22	5	100	5	100	15	100	18	90	9	90	12	80	4	80	68	85
23	5	100	5	100	11	73	18	90	8	80	11	73	4	80	62	78
24	5	100	4	80	10	67	15	75	8	80	11	73	3	60	56	70
Total	27	90	27	90	71	79	96	80	48	80	58	64	23	77	350	73

Fonte: Elaborado pelo pesquisador (2020).

É importante ressaltar que, além de tecnologias ser o critério com maior pontuação, ele possui a ação com a maior pontuação, sendo que a de número 22 reflete diretamente nos pontos fortes do critério. Baseando-se no que foi descrito sobre esse critério, sob a perspectiva dos níveis de maturidade, das áreas de conhecimento e das Regiões Geográficas Intermediárias, são pontos fortes e oportunidades de melhoria do critério tecnologias o exposto no Quadro 45.

Quadro 45 – Principais pontos fortes e oportunidades de melhoria, critério tecnologias

Critério tecnologias	Pontos fortes	Oportunidades de melhoria
Nível de maturidade e Região Geográfica Intermediária	22 – Todas as pessoas da clínica têm acesso à internet/intranet, cabeada ou sem fio, e a um endereço de e-mail institucional.	20 – A infraestrutura de TI é alinhada para atender às estratégias de gestão de informação – de pacientes, relatórios, funcionários, financeiro, administrativo, etc.
Área do conhecimento		

Fonte: Elaborado pelo pesquisador.

4.3.5 Critério Processos de Conhecimento

O Quadro 46 apresenta as ações do critério processos de conhecimento, que serão analisadas de acordo com a resposta dos gestores de clínicas universitárias, segmentadas pelo seu nível de maturidade, área do conhecimento e Região Geográfica Intermediária.

Quadro 46 – Ações do critério processos de conhecimento

Critério 5 – Processos em conhecimento
25 – A clínica tem processos definidos de forma clara para identificar, criar, armazenar, compartilhar e utilizar informações e conhecimento (exemplos: normais e rotinas, protocolos clínicos e administrativos, registros de intercorrências).
26 – A clínica tem mapeado o conhecimento de forma clara de acordo com cargos, funções e serviços que desenvolvem e reconhece potencialidades e talentos dando condições para o desempenho.
27 – O conhecimento adquirido (seja em reuniões de planejamento estratégico e tático, seja em reuniões periódicas de setor, ou ainda de outras formas semelhantes) após a execução de tarefas e a conclusão de projetos é registrado formalmente e é compartilhado.
28 – O conhecimento essencial de colaboradores que estão saindo da clínica é sempre retido (registrado e armazenado em algum lugar para que quem o substitua possa executar suas tarefas).
29 – Entre os próprios colaboradores da clínica, compartilham-se constantemente as práticas e as lições aprendidas para que não haja retrabalho ou falhas de comunicação em processos novos (“reinventar da roda”).
30 – Constantemente, busca-se identificar boas práticas de outras clínicas universitárias (seja por visita <i>in loco</i> ou por contato telefônico ou internet) ou ainda de outros setores dentro da própria instituição, a fim de melhorar o desempenho organizacional e criar novos conhecimentos.

Fonte: Adaptado de Batista (2012).

Desse modo, a Tabela 20 apresenta a pontuação, total e proporcional, conforme o nível de maturidade, considerando as seis instituições no nível de iniciação, quatro em introdução (expansão), cinco em refinamento e uma em maturidade.

Tabela 20 - Pontuação grupal segundo nível de maturidade em GC, critério processos de conhecimento

Ação	Iniciação		Introdução (expansão)		Refinamento		Maturidade		Total	Prop
	Total	Prop.	Total	Prop.	Total	Prop.	Total	Prop.		
25	17	57	18	90	24	96	5	100	64	80
26	15	50	16	80	23	92	5	100	59	74
27	15	50	13	65	22	88	5	100	55	69
28	15	50	12	60	22	88	5	100	54	68
29	16	53	15	75	20	80	5	100	56	70
30	16	53	9	45	22	88	5	100	52	65
Total	94	52	83	69	133	89	30	100	340	71

Fonte: Elaborado pelo pesquisador (2020).

A ação de número 30 foi considerada a principal oportunidade de melhoria, sendo identificada por cinco gestores dos 16 respondentes. Essa ação está relacionada ao *benchmarking* interno e externo, no qual, segundo Batista (2012), buscam-se, sistematicamente, melhores referências para comparar processos, produtos e serviços da instituição.

Como principal ponto forte, considerou-se a ação de número 25, na qual a clínica tem processos claramente definidos, a fim de identificar, criar, armazenar, compartilhar e utilizar informações e conhecimento. Isso são: normas e rotinas, protocolos clínicos e administrativos, registros de intercorrências, entre outros. É importante ressaltar que na área da saúde, as próprias profissões têm protocolos bem estabelecidos acerca de sigilo de informação, segurança do paciente, etc. pelos Conselhos profissionais. Assim, é necessário que as clínicas de saúde das instituições façam cumprir e estabeleçam normas complementares ao que já existe. A Tabela 21 apresenta a pontuação por área do conhecimento.

Tabela 21 - Pontuação por área do conhecimento, critério processos de conhecimento

Ação	Fisioterapia		Medicina		Odontologia		Psicologia		Total	Prop
	Total	Prop.	Total	Prop.	Total	Prop.	Total	Prop.		
25	21	84	24	80	19	76	27	90	91	83
26	21	84	25	83	16	64	24	80	86	78
27	19	76	23	77	13	52	21	70	76	69
28	17	68	21	70	12	48	22	73	72	65
29	18	72	24	80	15	60	23	77	80	73
30	17	68	21	70	13	52	19	63	70	64
Total	113	75	138	77	88	59	136	76	475	72

Fonte: Elaborado pelo pesquisador (2020).

Ao se considerar a pontuação por área do conhecimento, a ação de número 30, seguida da ação de número 28, foi identificada como a principal oportunidade de melhoria. Essa ação afirma que o conhecimento dos colaboradores que estão saindo é sempre registrado e armazenado em algum lugar para que quem o substitua possa dar conta de suas tarefas. Segundo Batista (2012), os registros em prontuários assistenciais, por exemplo, permitem que o conhecimento dos profissionais mais experientes passe para os funcionários ou servidores mais novos, para que possam aderir aos protocolos.

A ação número 30 se apresentou como principal ponto forte. Houve destaque para a ação de número 26, elencada como ponto forte por nove respondentes. Essa ação mostra que a clínica tem mapeado o conhecimento de forma clara de acordo com os cargos e funções que desenvolve, e reconhece potencialidades e talentos, dando condições para o seu bom desempenho. É importante ressaltar que, quando o conhecimento é mapeado e armazenado, assegura-se que, num eventual desligamento de determinados funcionários, esteja garantido que os novos profissionais possam realizar a tarefa sem prejuízo na operacionalização dos processos das clínicas. É axiomático que de nada adiantaria mapear o conhecimento, se não o registrar e armazenar. É fundamental reter e armazenar o conhecimento para que a operação ocorra normalmente dentro das clínicas. A Tabela 22 apresenta o critério processos de conhecimento, sob a segmentação por Região Geográfica Intermediária.

Tabela 22 – Pontuação por Região Geográfica Intermediária, critério processos de conhecimento

Ação	Blum.		Caça.		Chap.		Cric.		Join.		Flor.		Lage.		Total	Prop
	T.	P.	T.	P.	T.	P.	T.	P.	T.	P.	T.	P.	T.	P.		
25	4	80	5	100	11	73	14	70	9	90	11	73	5	100	59	74
26	4	80	5	100	10	67	13	65	9	90	9	60	4	80	54	68
27	4	80	3	60	9	60	14	70	8	80	8	53	4	80	50	63
28	2	40	4	80	9	60	13	65	8	80	8	53	5	100	49	61
29	4	80	4	80	8	53	14	70	8	80	9	60	4	80	51	64
30	3	60	3	60	10	67	13	65	8	80	5	33	5	100	47	59
Total	21	70	24	80	57	63	81	68	50	83	50	56	27	90	310	65

Fonte: Elaborado pelo pesquisador (2020).

Os resultados apresentados foram os mesmos da tabela que segmenta por nível de maturidade. Assim sendo, o Quadro 47 apresenta os principais pontos fortes e as oportunidades

de melhorias identificadas, com base no nível de maturidade, na área do conhecimento e na Região Geográfica Intermediária.

Quadro 47 – Principais pontos fortes e oportunidades de melhoria, critério processos de conhecimento

Critério processos de conhecimento	Pontos fortes	Oportunidades de melhoria
Nível de maturidade e Região Geográfica Intermediária	25 – A clínica tem processos definidos de forma clara para identificar, criar, armazenar, compartilhar e utilizar informações e conhecimento (exemplos: normais e rotinas, protocolos clínicos e administrativos, registros de intercorrências).	30 – Constantemente, busca-se identificar boas práticas de outras clínicas universitárias (seja por visita <i>in loco</i> ou por contato telefônico ou internet) ou ainda de outros setores dentro da própria instituição, a fim de melhorar o desempenho organizacional e criar novos conhecimentos.
Área do conhecimento	26 – A clínica tem mapeado o conhecimento de forma clara de acordo com cargos, funções e serviços que desenvolvem e reconhece potencialidades e talentos dando condições para o desempenho.	28 – O conhecimento essencial de colaboradores que estão saindo da clínica é sempre retido (registrado e armazenado em algum lugar para que quem o substitua possa executar suas tarefas).

Fonte: Elaborado pelo pesquisador (2020).

4.3.6 Critério Aprendizagem e Inovação

O Quadro 48 apresenta as ações do critério aprendizagem e inovação, que foram analisadas de acordo com a resposta dos gestores de clínicas universitárias, segmentadas pelo seu nível de maturidade, área do conhecimento e Região Geográfica Intermediária.

Quadro 48 – Ações do critério aprendizagem e inovação

Critério 6 – Aprendizagem e inovação
31 – A clínica articula e reforça, continuamente, como valores, a aprendizagem e a inovação.
32 – A clínica considera a atitude de assumir riscos ou o fato de cometer erros como oportunidades de aprendizagem, desde que isso não ocorra repetidamente, de forma que quando aconteça um erro, busca-se, num primeiro momento, identificar o erro e não o culpado.
33 – Equipes multidisciplinares são formadas para resolver problemas ou lidar com situações preocupantes que ocorrem no setor.
34 – Os colaboradores/servidores, independente das funções que ocupam, sentem que recebem autonomia dos seus superiores hierárquicos e que suas ideias e contribuições são geralmente valorizadas e, quando viáveis, implementadas pela organização.
35 – Os coordenadores de setor/ambatório/ala/seção/etc. não são resistentes às mudanças.
36 – A interdisciplinaridade e a multidisciplinaridade são comuns entre todos os profissionais e/ou professores, de forma a compartilhar os conhecimentos de suas respectivas áreas com a equipe, visando ao cuidado integral do paciente e ao ensino de excelência.

Fonte: Adaptado de Batista (2012).

A Tabela 23 apresenta a pontuação, total e proporcional, conforme o nível de maturidade, considerando as seis instituições no nível de iniciação, quatro em introdução (expansão), cinco em refinamento e uma em maturidade.

Tabela 23 - Pontuação grupal segundo nível de maturidade em GC, critério aprendizagem e inovação

Ação	Iniciação		Introdução (expansão)		Refinamento		Maturidade		Total	Prop
	Total	Prop.	Total	Prop.	Total	Prop.	Total	Prop.		
31	16	53	13	65	16	64	4	80	49	61
32	21	70	9	45	16	64	4	80	50	63
33	17	57	10	50	17	68	4	80	48	60
34	17	57	11	55	17	68	4	80	49	61
35	18	60	11	55	19	76	4	80	52	65
36	15	50	11	55	20	80	4	80	50	63
Total	104	58	65	54	105	70	24	80	298	62

Fonte: Elaborado pelo pesquisador (2020).

A ação de número 33 obteve a menor pontuação e não houve consenso entre quais as principais oportunidades de melhoria. Essa ação mostra que as equipes multidisciplinares são formadas para resolver problemas ou lidar com situações preocupantes que acontecem no setor. Assim, ao se identificar essa ação como uma oportunidade de melhoria, destaca-se o fato de que algumas clínicas dividem o mesmo espaço físico – como se fosse um hospital ou um conjunto de clínicas no mesmo local. Logo, há a expectativa de que essas respectivas áreas troquem conhecimento, dados e informações entre si. Identificando essa ação como a maior oportunidade de melhoria do critério aprendizagem e inovação, ficou evidente que isso não acontece tão bem como poderia. Além disso, a multidisciplinaridade contribuiria diretamente para o melhor tratamento do paciente, assim como, para um melhor ensino.

Em se tratando do ponto forte, no nível de iniciação, a maior ação pontuada foi a de número 32, sendo um ponto forte para três das seis clínicas nesse nível. No nível de introdução (expansão), destaca-se a ação de número 35, como ponto forte para duas de quatro clínicas. No nível de maturidade, os principais pontos fortes são as ações de número 31, 32, 34 e 35, com destaque para quatro das cinco clínicas. No nível de maturidade, todas as ações são pontos fortes.

A ação de número 32 é um ponto forte para 9 das 16 clínicas, na percepção dos gestores e não foi considerada uma oportunidade de melhoria por nenhuma clínica. Portanto, considerou-

se a ação de número 32 o principal ponto forte. Ademais, a Tabela 24 apresenta a pontuação por área do conhecimento.

Tabela 24 - Pontuação por área do conhecimento, critério aprendizagem e inovação

Ação	Fisioterapia		Medicina		Odontologia		Psicologia		Total	Prop
	Total	Prop.	Total	Prop.	Total	Prop.	Total	Prop.		
31	17	68	21	70	14	56	20	67	72	65
32	19	76	23	77	18	72	20	67	80	73
33	18	72	19	63	15	60	18	60	70	64
34	18	72	23	77	17	68	16	53	74	67
35	17	68	20	67	17	68	17	57	71	65
36	15	60	19	63	14	56	17	57	65	59
Total	104	69	125	69	95	63	108	60	432	65

Fonte: Elaborado pelo pesquisador (2020).

Desse modo, com base na tabela 24, a ação de número 36 se tornou a principal oportunidade de melhoria e a ação 32 o principal ponto forte. A ação 32 se refere ao fato de a clínica considerar a atitude de assumir riscos ou o fato de cometer erros como oportunidades de aprendizagem e, quando isso ocorre, buscam-se os erros e não os culpados. A ação 36 – principal oportunidade de melhoria – refere-se à inter e à multidisciplinaridade visando ao cuidado integral do paciente e ao ensino de excelência. Assim sendo, a Tabela 25 apresenta a pontuação por Região Geográfica Intermediária.

Tabela 25 - Pontuação por Região Geográfica Intermediária, critério aprendizagem e inovação

Ação	Blum.		Caça.		Chap.		Cric.		Join.		Flor.		Lage.		Total	Prop
	T.	P.	T.	P.	T.	P.	T.	P.	T.	P.	T.	P.	T.	P.		
31	3	60	4	80	10	67	13	65	7	70	9	60	3	60	49	61
32	4	80	4	80	12	80	15	75	7	70	9	60	3	60	54	68
33	4	80	4	80	11	73	11	55	7	70	6	40	3	60	46	58
34	4	80	4	80	9	60	13	65	7	70	8	53	3	60	48	60
35	2	40	4	80	13	87	11	55	7	70	11	73	3	60	51	64
36	3	60	4	80	8	53	10	50	7	70	7	47	3	60	42	53
Total	20	67	24	80	63	70	73	61	42	70	50	56	18	60	290	60

Fonte: Elaborado pelo pesquisador (2020).

Dessa forma, identificam-se os principais pontos fortes e oportunidades de melhoria do critério aprendizagem e inovação no Quadro 49, como sendo as ações de número 32 e 36, respectivamente.

Quadro 49 – Principais pontos fortes e oportunidades de melhoria do critério aprendizagem e inovação

Critério aprendizagem e inovação	Pontos fortes	Oportunidades de melhoria
Nível de maturidade e Região Geográfica Intermediária	32 – A clínica considera a atitude de assumir riscos ou o fato de cometer erros como oportunidades de aprendizagem, desde que isso não ocorra repetidamente, de forma que quando aconteça um erro, busca-se, num primeiro momento, identificar o erro e não o culpado.	36 – A interdisciplinaridade e a multidisciplinaridade são comuns entre todos os profissionais e/ou professores, de forma a compartilhar os conhecimentos de suas respectivas áreas com a equipe, visando ao cuidado integral do paciente e ao ensino de excelência.
Área do conhecimento		

Fonte: Elaborado pelo pesquisador (2020).

4.3.7 Critério Resultados de Gestão do Conhecimento

O Quadro 50 apresenta as ações do critério resultados da gestão do conhecimento, que foram analisadas de acordo com a resposta dos gestores de clínicas universitárias, segmentadas pelo seu nível de maturidade, área do conhecimento e Região Geográfica Intermediária.

Quadro 50 – Ações do critério resultados da GC.

Critério 7 – Resultados da GC
37 – A organização tem um histórico de sucesso na implantação da Gestão do Conhecimento (GC) e de outras iniciativas de mudança que pode ser comprovado com resultados de indicadores de desempenho.
38 – São utilizados indicadores para avaliar o impacto das contribuições e das iniciativas de Gestão do Conhecimento (GC) nos resultados da organização.
39 – A organização melhorou – graças às contribuições e às iniciativas da GC – os resultados relativos aos indicadores de qualidade dos produtos e serviços.
40 – A organização melhorou – graças às contribuições e às iniciativas da GC – os resultados relativos aos indicadores de eficiência.
41 – A organização melhorou – graças às contribuições e às iniciativas da GC – os resultados relativos aos indicadores de efetividade social.
42 – A organização melhorou – graças às contribuições e às iniciativas da GC – os resultados relativos aos indicadores de legalidade, impessoalidade, publicidade, moralidade e desenvolvimento.

Fonte: Adaptado de Batista (2012).

As ações a que se refere o Quadro 50 descrevem sobre atividades que são comuns para quem já possui a GC implementada ou está em estágio de implementação. Para as clínicas que possuem apenas práticas isoladas de gestão do conhecimento, dificilmente haverá indicadores com métricas de iniciativas de GC. Poderia ser esse o motivo da menor pontuação.

A Tabela 26 apresenta a pontuação, total e proporcional, conforme o nível de maturidade, considerando as seis instituições no nível de iniciação, quatro em introdução (expansão), cinco em refinamento e uma em maturidade.

Tabela 26 - Pontuação grupal segundo nível de maturidade em GC, critério resultados de GC

Ação	Iniciação		Introdução (expansão)		Refinamento		Maturidade		Total	Prop
	Total	Prop.	Total	Prop.	Total	Prop.	Total	Prop.		
37	10	33	9	60	9	60	5	100	33	50
38	10	33	8	53	9	60	5	100	32	49
39	8	27	8	53	8	53	5	100	29	45
40	8	27	8	53	8	53	5	100	29	45
41	8	27	8	53	10	67	5	100	31	48
42	8	27	8	53	11	73	5	100	32	49
Total	52	29	49	54	55	61	30	100	186	48

Fonte: Elaborado pelo pesquisador (2020).

A pontuação deste critério foi semelhante e houve oscilação entre os respondentes. Para o nível de iniciação, todas as ações foram descritas como muito mal realizadas ou inexistentes, mal realizadas ou realizadas adequadamente, não houve identificação de ponto forte. No nível de introdução (expansão), uma clínica identificou todas as ações como bem realizadas e as demais como realizadas adequadamente, mal ou muito mal realizadas ou inexistentes. No nível de refinamento, as ações 41 e 42 foram consideradas pontos fortes por três das cinco respondentes. No nível de maturidade, todas as ações são muito bem realizadas. A Tabela 27 apresenta a pontuação por área do conhecimento.

Tabela 27 - Pontuação por área do conhecimento, critério resultados da GC

Ação	Fisioterapia		Medicina		Odontologia		Psicologia		Total	Prop
	Total	Prop.	Total	Prop.	Total	Prop.	Total	Prop.		
37	15	55	16	53	12	48	19	63	62	56
38	12	55	13	43	8	32	16	54	49	45
39	13	55	14	47	9	36	16	53	52	47
40	14	55	15	50	10	40	17	57	56	51
41	16	65	15	50	10	40	17	57	58	53
42	17	70	15	50	10	40	17	57	59	54
Total	87	59	88	49	59	39	102	57	336	51

Fonte: Elaborado pelo pesquisador (2020).

O resultado é semelhante aos achados na tabela 26, com oscilações e pontuações baixas para todas as áreas do conhecimento. A Tabela 28 apresenta as pontuações por Região Geográfica Intermediária.

Tabela 28 - Pontuação por Região Geográfica Intermediária, critério resultados de GC

Ação	Blum.		Caça.		Chap.		Cric.		Join.		Flor.		Lage		Total	Prop
	T.	P.	T.	P.	T.	P.	T.	P.	T.	P.	T.	P.	T.	P.		
37	2	40	4	80	6	40	9	45	7	47	9	60	4	80	41	51
38	2	40	4	80	6	40	9	45	7	47	8	53	1	20	37	46
39	2	40	4	80	5	33	8	40	6	40	8	53	2	40	35	44
40	2	40	4	80	5	33	8	40	6	40	8	53	3	60	36	45
41	2	40	4	80	7	47	8	40	6	40	8	53	3	60	38	48
42	2	40	4	80	8	53	8	40	6	40	8	53	3	60	39	49
Total	12	40	24	80	37	41	50	42	38	63	49	54	16	53	226	47

Fonte: Elaborado pelo pesquisador (2020).

Os resultados mostram que não existem pontos fortes nesse critério, e todas as ações podem ser designadas como oportunidades de melhoria. De acordo com as respostas dos 16 gestores pesquisados, nenhuma das clínicas de saúde se encontra no nível de reação, no qual não se sabe o que é GC ou se desconhece sua importância para aumentar a eficiência, melhorar a qualidade, entre outros fatores. Desse modo, este estudo corrobora com o estudo de Cruz e Ferreira (2016), que diz que ainda que possam ser raras as instituições de saúde que tenham projetos estruturados de gestão de conhecimento, todas elas, certamente, terão iniciativas que se enquadrem em seu âmbito.

Dessa forma, este estudo demonstrou que seis clínicas estão em grau de iniciação, no qual a instituição começa a reconhecer a necessidade de gerenciar o conhecimento; quatro em introdução (expansão), no qual há práticas de GC em algumas áreas; cinco em refinamento, no qual a implementação de GC é avaliada e monitorada continuamente; e apenas uma possui a gestão do conhecimento de forma institucionalizada.

Assim, quanto à descrição do grau de maturidade em gestão do conhecimento, o quadro 51 faz uma retomada de forma sintetizada, conforme o entendimento dos gestores.

Quadro 51 – Grau de maturidade em GC

Região Geográfica Intermediária	Clínica ou gestão	Pontuação	Nível de maturidade em GC
Blumenau	Gestor geral de fisioterapia, medicina, odontologia e psicologia	140	Introdução (expansão)
Caçador	Psicologia	170	Refinamento
Chapecó	Fisioterapia	173	Refinamento
	Medicina	118	Iniciação
	Odontologia	98	Iniciação
Criciúma	Fisioterapia	198	Maturidade
	Medicina	125	Iniciação
	Odontologia	106	Iniciação

Continua.

Cont. Quadro 51.

Criciúma	Psicologia	105	Iniciação
Florianópolis	Fisioterapia	92	Iniciação
	Medicina	162	Refinamento
	Psicologia	146	Introdução (expansão)
	Odontologia	128	Introdução (expansão)
Joinville	Medicina	159	Refinamento
	Psicologia	152	Refinamento
Lages	Gestor geral de fisioterapia, medicina, odontologia e psicologia	139	Introdução (expansão)

Fonte: Elaborado pelo pesquisador (2020).

Este estudo também propôs a identificação de pontos fortes e oportunidades de melhorias de maneira individual e geral, sendo que o quadro 52 apresenta a síntese dos pontos fortes e das oportunidades de melhoria em GC das clínicas universitárias pesquisadas, segundo o entendimento de seus gestores, a partir do questionário adaptado de Batista (2012).

Quadro 52 – Síntese dos pontos fortes e oportunidades de melhoria em GC

Critério	Pontos fortes	Oportunidades de melhoria
Liderança	6 – A gestão superior institucional e os gerentes de serviços promovem, reconhecem e recompensam a melhoria do desempenho, o aprendizado individual e organizacional, o compartilhamento de conhecimento e a criação de novos conhecimentos e inovação tecnológica.	3 – A gestão superior institucional frequentemente destina recursos financeiros às iniciativas de proteção, criação, armazenamento, compartilhamento, disseminação e aplicação do conhecimento? (exemplos: prontuário eletrônico, workshops, rodas de conversa, simpósios, videoconferências, viagens ou passeis de socialização, intranet e internet cabeada ou sem fio, entre outros).
	2 – Existem, implantados, na clínica, arranjos organizacionais para formalizar as iniciativas de Gestão do Conhecimento (exemplos: uma unidade central da gestão da informação/conhecimento; gestão da informação/conhecimento; equipes de melhoria da qualidade; e redes de conhecimento).	
Processos	8 – A clínica readequa seu processo de trabalho para agregar valor ao paciente e alcançar alto desempenho.	Não consta.
Pessoas	14 – A clínica, de maneira sistemática, consegue disseminar as informações necessárias do setor, de forma eficiente, para novos colaboradores.	15 – A clínica tem processos formais de <i>mentoring</i> , <i>coaching</i> e tutoria.
	13 – São ofertados programas de educação permanente, assim como qualificação para o desenvolvimento de carreiras, que ampliam o conhecimento, as habilidades e as capacidades do colaborador e vão ao encontro das necessidades de alto desempenho que a clínica requer.	

Continua.

Cont. Quadro 52.

Tecnologias	22 – Todas as pessoas da clínica têm acesso à internet/intranet, cabeada ou sem fio, e a um endereço de e-mail institucional.	20 – A infraestrutura de TI é alinhada para atender às estratégias de gestão de informação – de pacientes, relatórios, funcionários, financeiro, administrativo, etc.
Processos de conhecimento	25 – A clínica tem processos definidos de forma clara para identificar, criar, armazenar, compartilhar e utilizar informações e conhecimento (exemplos: normais e rotinas, protocolos clínicos e administrativos, registros de intercorrências).	30 – Constantemente, busca-se identificar boas práticas de outras clínicas universitárias (seja por visita <i>in loco</i> ou por contato telefônico ou internet) ou ainda de outros setores dentro da própria instituição, a fim de melhorar o desempenho organizacional e criar novos conhecimentos.
	26 – A clínica tem mapeado o conhecimento de forma clara de acordo com cargos, funções e serviços que desenvolvem e reconhece potencialidades e talentos dando condições para o desempenho.	28 – O conhecimento essencial de colaboradores que estão saindo da clínica é sempre retido (registrado e armazenado em algum lugar para que quem o substitua possa executar suas tarefas).
Aprendizagem e inovação	32 – A clínica considera a atitude de assumir riscos ou o fato de cometer erros como oportunidades de aprendizagem, desde que isso não ocorra repetidamente, de forma que quando aconteça um erro, buscase, num primeiro momento, identificar o erro e não o culpado.	36 – A interdisciplinaridade e a multidisciplinaridade são comuns entre todos os profissionais e/ou professores, de forma a compartilhar os conhecimentos de suas respectivas áreas com a equipe, visando ao cuidado integral do paciente e ao ensino de excelência.
Resultados da GC	Nada consta.	Todas as ações.

Fonte: Elaborado pelo pesquisador (2020).

Em se tratando dos pontos fortes, identificou-se que o critério tecnologia possui a maior pontuação. Outrossim, a ação de número 22 foi a ação de maior pontuação, entre todas as 42 ações do modelo adaptado de Batista (2012). Além disso, a ação de número 15, do critério pessoas, possui a menor pontuação, indicando a necessidade de incorporar às instituições processos de *coaching*, *mentoring* e tutoria, com o intuito de transferir e preservar o conhecimento institucional.

Um ponto que merece destaque neste estudo é o critério de resultados da gestão do conhecimento, que apresentou a menor pontuação. Isso se deve ao fato de que, para ter uma pontuação alta nesse critério, é necessário que haja a gestão do conhecimento implantada ou em estágio de implementação. Como esse não é o caso da maioria das, logo, obteve-se a baixa pontuação.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos resultados, verificou-se a importância de sensibilizar as pessoas para um melhor entendimento e familiaridade acerca da importância e dos benefícios da gestão do conhecimento, incluindo algumas recomendações do APO (2009), como a realização de reuniões de orientação, treinamento e *workshops* sobre GC, além da elaboração de uma visão atraente da GC; a definição de objetivos para a instituição; a definição de um quadro do que é possível ser realizado; a utilização de práticas de GC já existentes para nivelar o conhecimento; o exemplo dos gestores seniores quanto ao compartilhamento do conhecimento e à colaboração; o emprego de histórias de sucesso no início da implementação de GC, a fim de manter o entusiasmo e ampliar a participação; entre outros.

Para que ocorra a implementação da gestão do conhecimento em organizações, é importante a participação da liderança institucional. Assim, em se tratando de clínicas universitárias de saúde, não basta o apoio da coordenação da clínica, é importante envolver também a reitoria e as diretorias institucionais, uma vez que os recursos financeiros devem ser destinados a identificar, criar, armazenar, compartilhar e aplicar o conhecimento e, para isso, é preciso do aval da cúpula da instituição.

Além disso, práticas isoladas podem ser estabelecidas caso não seja implementada e institucionalizada a gestão do conhecimento, incluindo ações para o estabelecimento de protocolos administrativos e clínicos; solicitações de melhorias nos sistemas de informação – que muitas vezes podem ser feitas por meio do próprio departamento de tecnologias da informação da instituição; rodas de conversa para discutir casos clínicos e também rotinas administrativas; socializações fora do horário de trabalho – e também dentro do horário – para momentos de descontração e compartilhamento de conhecimento tácito; entre outras práticas.

Ademais, este estudo possibilitou a apresentação da realidade das clínicas universitárias, pois, na literatura atual, existem apenas estudos de casos isolados, e muitas vezes, esses estudos são voltados à própria área da saúde, com enfoque no paciente e nos tratamentos clínicos, não abordando os quesitos relacionados à gestão – como neste trabalho foi proposto.

Destaca-se, também, que, embora as clínicas façam uma grande quantidade de atendimentos, não lhes incumbe substituir o papel do Estado, mas sim complementá-lo, posto que o seu motivo basilar é atender à demanda precípua da instituição a que pertencem: os acadêmicos.

Assim sendo, foi realizada uma síntese e abordagem de todas as clínicas existentes nas 16 instituições do sistema Acafe no ano de 2020, por meio da pesquisa bibliográfica e documental, procurando em sítios da internet e em documentos públicos das instituições, a respeito de informações essenciais sobre cada clínica.

Esse trabalho também contribuiu ao descrever a GC nas clínicas universitárias - ora chamadas de clínicas escola, ora de policlínicas, clínica integrada, serviços, entre outros – sob a ótica dos gestores, indo ao encontro da linha de pesquisa do mestrado de Tecnologia, Gestão e Inovação.

Além disso, considera-se que existe uma escassez de estudos em gestão do conhecimento em organizações de saúde (CRUZ; FERREIRA, 2016). Portanto, este estudo também atua nesse sentido, contribuindo tanto para as clínicas universitárias, quanto para o contexto de instituições de saúde de um modo geral.

Há de se ressaltar que, embora as clínicas universitárias de saúde possam não ter implantada a gestão do conhecimento, é natural que ao se aplicar os instrumentos nos gestores, é despertada uma semente, que contribuirá para que as práticas na área sejam melhoradas.

Logo, sugere-se que os gestores das clínicas universitárias façam o *benchmarking*, procurando conhecer melhores práticas tanto dentro da própria instituição de ensino superior, quanto em outras clínicas universitárias, agora que já existe um panorama geral e inicial sobre a GC em clínicas escola.

Desta forma, sugere-se que em estudos futuros, a pesquisa seja realizada com a inclusão dos colaboradores e não somente dos gestores, a fim de abordar uma visão mais ampla dos profissionais envolvidos na clínica, além da execução das demais etapas do processo de elaboração do Plano de Gestão do Conhecimento de Batista (2012), que consistem em elaborar um *business case*, planejar, desenvolver e implementar a gestão do conhecimento. Outrossim, sugere-se o estudo de maturidade, também, envolvendo outros modelos, ou ainda, a proposição de melhorias ao modelo de Batista (2012), visto que, embora apresente uma ampla validação e aceitação na literatura atual, esse modelo também pode apresentar-se passível de atualização.

REFERÊNCIAS

- ABIDI, S. S. R. Knowledge management in healthcare: towards ‘knowledge-driven’ decision-support services. **International Journal of Medical Informatics**, v. 63, n. 1-2, p. 5-18, set. 2001.
- ABU NASER, S. S.; AL SHOBAKI, M. J.; ABU AMUNA, Y. M. Knowledge management maturity in universities and its impact on performance excellence: comparative study. **Journal of Scientific and Engineering Research**, v. 3, p. 4-14, 2016.
- ACAFE. **Sobre a ACAFE**. 2020. Disponível em: <http://new.acafe.org.br/acafe/>. Acesso em: 24 abr. 2020.
- AMARAL A. E. V.; LUCA, L.; RODRIGUES, T. C.; LEITE, C. A.; LOPES, F. L.; SILVA, M. A. Serviços de psicologia em clínicas-escola: revisão da literatura. **Boletim de Psicologia**, São Paulo, v. 62, n. 136, p. 37-52, jun. 2012.
- APO. **Knowledge management: facilitator’s Guide**, 2009. Disponível em: https://www.apo-tokyo.org/00e-books/IS-39_APO-KM-FG/IS-39_APO-KM-FG.pdf. Acesso em: 2 dez. 2020.
- ARIAS-PÉREZ, J. E.; DURANGO-YEPES, C. M. Exploring knowledge management maturity from functionalist and interpretivist perspectives. **Entramado**, v. 11, p. 94-104, 2015.
- ARIAS-PÉREZ, J. E.; TAVERA-MESÍAS, J.; CASTAÑO-SERNA, D. Construcción de un modelo de madurez de gestión de conocimiento para una multinacional de alimentos de una economía emergente. **El Profesional de la Información**, v. 25, n. 1, p. 88-102, jan./fev. 2016.
- AWASTHY, R.; FLINT, S.; JONES, R. L.; SANKARANARAYANA, R. UICMM: A maturity model for university-industry collaboration. *In*: 2018 IEEE INTERNATIONAL CONFERENCE ON ENGINEERING, TECHNOLOGY AND INNOVATION, ICE/ITMC 2018, 2018, Estugarda, Alemanha, p. 1-8.
- AZZOLIN, G. M. C. **Processo de trabalho gerencial do enfermeiro e processo de enfermagem: a articulação na visão de docentes**. 2007. 139 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.
- BARRETO, A. M. Maturidade de gestão do conhecimento: um estudo comparativo entre o Organizational Knowledge Assessment (OKA) e o Knowledge Management Maturity Model (KMMM). **Periódico Científico Negócios em Projeção**, v. 6, n. 2, p. 13-23, 2015.
- BASTIANI, S. C.; TREVISOL, J. V.; PEGORARO, L. A educação superior em Santa Catarina: um século de história (1917-2017). **EccoS Revista Científica**, São Paulo, SP, n. 47, p. 375-395, set./dez. 2018.
- BATISTA, F. F.; XAVIER, A. C. da R.; MENDES, L. C.; ROSENBERG, G. **Gestão do Conhecimento em Organizações Públicas de Saúde**. Texto para discussão nº 1316. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2007.

BATISTA, F. F. **Modelo de gestão do conhecimento para a administração pública brasileira**: como implementar a gestão do conhecimento para produzir resultados em benefício do cidadão. Brasília: IPEA, 2012.

BATISTA, F. F. **Gestão do conhecimento na administração pública**: resultados da pesquisa IPEA 2014 – níveis de maturidade. Rio de Janeiro: IPEA, 2016.

BHATT, G. D. Knowledge management in organizations: examining the interaction between technologies, techniques, and people. **Journal of Knowledge Management**, Bradford, v. 5, n. 1, p. 68-75, 2001.

BORBA; G. S.; KLIEMANN NETO, F. J. Gestão Hospitalar: identificação das práticas de aprendizagem existentes em hospitais. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 44-60, 2008.

BORGES, M. A. Importância da Gestão de Identificar e Gerir o Capital Intelectual nas Organizações de Saúde. **Revista Eletrônica Do Hospital Samaritano São Paulo**: São Paulo, Boletim 13, Abr. 2006.

BRASIL. Ministério da Educação (eMEC). **Centro Universitário – Católica de Santa Catarina em Jaraguá do Sul**. 2020a. Disponível em: <http://emec.mec.gov.br/emec/consulta-cadastro/detalhes-ies/d96957f455f6405d14c6542552b0f6eb/NjQ1>. Acesso em 4 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Educação (MEC). **Qual é a diferença entre faculdades, centros universitários e universidades?** 2020b. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/pet/127-perguntas-frequentes-911936531/educacao-superior-399764090/116-qual-e-a-diferenca-entre-faculdades-centros-universitarios-e-universidades>. Acesso em: 10 abr. 2020.

BRASIL. **Decreto 9.235, de 15 de dezembro de 2017**. Dispõe sobre o exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação das instituições de educação superior e dos cursos superiores de graduação e de pós-graduação no sistema federal de ensino. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2017/Decreto/D9235.htm#art107. Acesso em: 10 abr. 2020.

BRASIL. **Lei 12.881, de 12 de novembro de 2013**. Dispõe sobre a definição, qualificação, prerrogativas e finalidades das Instituições Comunitárias de Educação Superior - ICES, disciplina o Termo de Parceria e dá outras providências. Brasília, DF: Congresso Nacional, 2013.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização – Gespública. **Instruções para avaliação da gestão pública**. Brasília: SEGES, 2010.

BRASIL. Ministério da Justiça (MJ). **Instituições privadas de ensino superior**. 2006. Disponível em:

<http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/Cartilhas/Cartilha%20-%20Institui%C3%A7%C3%B5es%20Privadas%20de%20Ensino%20Superior.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2020.

BRASIL. **Lei 9.394, de 20 de dezembro de 1996**. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19394.htm. Acesso em: 5 abr. 2020.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL, **Lei nº 5.540, de 28 de novembro de 1968**. Fixa normas de organização e funcionamento da educação superior e sua articulação com a escola média, e dá outras providências. Brasília, DF: Congresso Nacional, 1988.

BRITO, L. M. P. **Gestão de competências, gestão do conhecimento e organizações de aprendizagem**: instrumento de apropriação pelo capital do saber. Fortaleza: UFC, 2005.

BUKOWITZ, W. R.; WILLIAMS, R. L. **Manual de gestão do conhecimento**: ferramentas e técnicas que criam valor para a empresa. São Paulo: Bookman, 2002

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia científica**. 3.ed. São Paulo: Prentice Hall, 1978.

CHEN, L.; FONG, P. S. W. Revealing performance heterogeneity through knowledge management maturity evaluation: A capability-based approach. **Expert Systems with Applications**, v. 39, n. 18, p. 13523-13539, dez. 2012.

CHIAVENATO, I.; SAPIRO, A. **Planejamento Estratégico**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.

CHOO, C. W. **A organização do conhecimento: como as organizações usam a informação para criar significado, construir conhecimento e tomar decisões**. São Paulo: Senac, 2003.

CICONE, P. A.; COSTA, C. K. F.; MASSUDA, E. M.; VERMELHO, S. C. S. D.; GIMENES, R. M. T. Gestão do conhecimento em organizações de saúde: revisão sistemática de literatura. **Revista Saúde e Pesquisa**, Maringá, v. 8, n. 2, p. 379-388, mai./ago. 2015.

COELHO, P. **O Alquimista**. 2020. Disponível em: <https://ler.livrariapublica.com.br/p/o-alquimista.html>. Acesso em: 21 out. 2020.

COLAUTO; R. D.; BEUREN, I. M. Proposta para Avaliação da Gestão do Conhecimento em Entidade Filantrópica: o Caso de uma Organização Hospitalar. **RAC**, v. 7, n. 4, p. 163-185, 2003.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 1.638, de julho de 2002**. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. Brasília: Diário Oficial União, 9 ago. 2002. p. 184-185

CRICIÚMA. **Lei nº 697, de 22 de junho de 1968**. Institui a Fundação Universitária de Criciúma e dá outras providências. Criciúma, SC, 1968.

CRUZ, S. G.; FERREIRA, M. M. F. Gestão do conhecimento em instituições de saúde portuguesas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 3, p. 492-499, mai./jun. 2016.

DALKIR, K. **Knowledge management in theory and practice**. 2. ed. MIT Press: Cambridge, 2011.

DALKIR, K. **Knowledge management in theory and practice**. MIT Press: Cambridge, 2013.

DAVENPORT, T. H.; PRUSAK, L. **Conhecimento empresarial: como as organizações gerenciam seu capital intelectual**. 14. ed. Elsevier: Rio de Janeiro, 2003.

D'AVILA, J. C. **Fatores que influenciam o desenvolvimento de inovação sob a luz da teoria da Tríplice Hélice**. 2016. 157f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Tecnologias da Informação e Comunicação, Centro de Ciências, Tecnologias e Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Araranguá, 2017.

DOWNING, G. J.; BOYLE, S. N.; BRINNER, K. M.; OSHEROFF, J. A. Information management to enable personalized medicine: stakeholder roles in building clinical decision support. **BMC Medical Informatics and Decision Making**, v. 9, n. 44, p. 1-11, out. 2009.

EKIONEA, J. P. B.; BERNARD, P.; PLAISENT, M. Towards a maturity model of knowledge management competences as an organisational capability. **2nd International Conference on E-Business and E-Government, ICEE 2011**, 2011, Shanghai. p.9267-9271.

EKIONEA, J. P. B.; FILLION, G.; PLAISENT, M.; BERNARD, P. Towards an integrated maturity model of knowledge management capabilities. **2nd International Conference on E-Business and E-Government, ICEE 2011**, 2011, Shanghai. p.9272-9275.

EKIONEA, J. P. B.; FILLION, G.; PLAISENT, M.; BERNARD, P. sing the soft system methodology for designing an integrated and inter-firm knowledge management capabilities maturity model. **13th European Conference on Knowledge Management, ECKM 2012**, 2012, Cartagena. p.108-117.

EKIONEA, J. P. B.; PLAISENT, M.; BERNARD, P. Developing knowledge management competences as an organizational capability for business performance. **8th European Conference on Knowledge Management, ECKM 2007**, p. 131-138, 2007

ESCRIVÃO, G.; SILVA, S. L. Knowledge management maturity models: identification of gaps and improvement proposal. **Gestão & Produção**, São Carlos, v. 26, n. 3, p. 1-16, 2019.

ESTÚDIO NSC. **Serviço de psicologia da Univille completa 10 anos em 2019**. 2019. Disponível em: <https://www.nscototal.com.br/noticias/servico-de-psicologia-da-univille-completa-10-anos-em-2019>. Acesso em: 4 out. 2020.

EUROPEAN KM FORUM. **Standardized KM implementation**. 2001. Disponível em: http://www.providersedge.com/docs/km_articles/Standardised_KM_Implementation.pdf. Acesso em: 24 jul. 2020.

FENG, J. A **Knowledge management maturity model and application**. In: PICMET '06 - TECHNOLOGY MANAGEMENT FOR THE GLOBAL FUTURE, 2006, Istanbul. p.1251-1255.

FENGJU, X.; XIAOJING, D. **Research on the innovative enterprise knowledge management based on maturity model**. 2011. In: INTERNATIONAL CONFERENCE ON PRODUCT INNOVATION MANAGEMENT, ICPIIM 2011, 2011, Wuhan. p.741-744.

FERENHOF, H. A; FERNANDES, R.F. **Passos para construção da Revisão Sistemática e Bibliometria**: utilizando a ferramenta EndNote®. 2014. Disponível em: https://www.academia.edu/16622328/Passo-a-passo_para_constru%C3%A7%C3%A3o_da_Revis%C3%A3o_Sistem%C3%A1tica_e_Bibliometria. Acesso em 3 ago. 2020.

FERREIRA, V. K. F. **A criação e a gestão do conhecimento**: o caso de uma clínica-escola. 2018. 102 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Ciência, Gestão e Tecnologia da Informação, Setor de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2018.

FIGUEIREDO, S. P. **Gestão do conhecimento**: estratégias competitivas para a criação e mobilização do conhecimento na empresa: descubra como alavancar e multiplicar o capital intelectual e o conhecimento da organização. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2005.

FONSECA, A. **Organizational knowledge assessment methodology**. Washington, D.C.: World Bank Institute, 2006.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, abr./jun. 1999.

FREIRE, P. S.; UENO, A. T.; DIAS, M. A. H.; SANTOS, N. Ferramentas de avaliação de Gestão do Conhecimento: Um estudo bibliométrico. **International Journal of Knowledge Engineering and Management (IJKEM)**, v. 2, n. 3, p. 15-38, 2013.

FURB. Universidade Regional de Blumenau. **Nossa História**. Disponível em: <https://www.furb.br/web/1317/institucional/a-furb/nossa-historia>. Acesso em 2 out. 2020a.

FURB. Universidade Regional de Blumenau. **Atendimentos**: integrando ensino, pesquisa e extensão. Disponível em: <http://www.furb.br/web/1364/relacao-com-a-comunidade/atendimentos>. Acesso em 2 out. 2020b.

GALATI, F. At what level is your organization managing knowledge? **Measuring Business Excellence**, v. 19, n. 2, p. 57-70, 2015.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1991.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4.ed. São Paulo, Atlas, 2002.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOEBEL, M. A.; MIURA, M. N. A universidade como fator de desenvolvimento: o caso do município de Toledo-PR. **Revista Expectativa Secretariado Executivo**, v. 3, n. 3, p. 35-47, 2004.

GONÇALVES, J. P. P.; BATISTA, L. R.; CARVALHO, L. M.; OLIVEIRA, M. P.; MOREIRA, K. S.; LEITE, M. T. S. Prontuário eletrônico: uma ferramenta que pode contribuir para a integração das redes de atenção à saúde. **Saúde Em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 43-50, jan./mar. 2013.

GRUNDSTEIN, M. Assessing the enterprise's knowledge management maturity level. **International Journal of Knowledge and Learning**, v. 4, n. 5, p. 415-426, 2008.

GUMBOWAKY, A. Instituições de ensino superior fundacionais do estado de Santa Catarina: compromissos com o desenvolvimento regional. **Revista Univap**, São José dos Campos, v. 20, n. 36, dez. 2014.

HARTONO, B.; SULISTYO, S. R.; CHAI, K. H.; INDARTI, N. Knowledge management maturity performance in a project environment: moderating roles of firm size and project complexity. **Journal of Management in Engineering**, v. 35, n. 6, p. 1-17, 2019.

HEISIG, P. Harmonisation of knowledge management – comparing 160 KM frameworks around the globe. **Journal of Knowledge Management**, v. 13, n. 4, p. 4-31, 2009.

HELOU, A. R. H. A. **Avaliação da maturidade da gestão do conhecimento na administração pública**. 2015. 391f. Tese (Doutorado) – Curso de Engenharia e Gestão do Conhecimento, Centro Tecnológico, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

HOLZMANN, V.; MISCHARI, S.; GOLDBERG, S.; ZIV, A. New tools for learning: a case of organizational problem analysis derived from debriefing records in a medical center. **The Learning Organization**, v.19, n.2, p.148–162, mar. 2012.

HSIEH, P. J.; LIN, B.; LIN, C. The construction and application of knowledge navigator model (KNM (TM)): An evaluation of knowledge management maturity. **Expert Systems with Applications**, v. 36, n. 2, p. 4087-4100, Mar 2009.

HUNG, Y. H.; CHOU, S. C. T.; CHEN, Y. C. How can we assess knowledge management? Constructing a holistic assessment framework of KM. EUROPEAN CONFERENCE ON KNOWLEDGE MANAGEMENT, 6th., ECKM 2005. **Proceedings...** 2005, p. 264-270, 2005.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Divisão regional do Brasil em regiões geográficas imediatas e regiões geográficas intermediárias 2017**. Rio de Janeiro: IBGE, 2017.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Regiões de influência das cidades: 2007**. Rio de Janeiro: IBGE, 2008

INEP. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. **Notas Estatísticas: Censo da Educação Superior 2010**. Brasília: INEP, 2011.

INEP. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. **Notas Estatísticas: Censo da Educação Superior 2018**. Brasília: INEP, 2019.

INEP. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. **Sinopses Estatísticas da Educação Superior – Graduação**. Brasília, INEP, 2020. Disponível em: <http://portal.inep.gov.br/web/guest/sinopses-estatisticas-da-educacao-superior>. Acesso em: 14 abr. 2020.

JUNG, C. F. **Metodologia para pesquisa & desenvolvimento**: aplicada a novas tecnologias, produtos e processos. Rio de Janeiro: Axcel Books do Brasil, 2004.

JURUENA, C. G.; KLEIN, A. D. As universidades comunitárias e a sua relação com o fortalecimento da esfera local. **Revista de Pesquisa e Educação Jurídica**, Curitiba, v. 2, n. 2, p. 33-47, jul./dez. 2016.

JUNGES, F. M. **A gestão do conhecimento para a promoção do desempenho organizacional**: um estudo no setor de TI do Rio Grande do Sul. 2011. 221f. Dissertação (Mestrado) – Administração, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, 2011.

KRUGER, C. J.; SNYMAN, M. M. M. Guidelines for assessing the knowledge management maturity of organizations. **South African Journal of Information Management**, v. 9, n. 3, p. 1-11, 2007.

KURIAKOSE, K.; RAJ, B.; MURTY, S.; SWAMINATHAN, P. Knowledge management maturity models—a morphological analysis. **Journal of Knowledge Management Practice**, v. 11, n. 3, p. 1-10, 2010.

KURNIAWAN, Y.; JINGGA, F.; LIMANTARA, N. The knowledge management maturity model for Indonesian hospital. **International Journal of Recent Technology and Engineering IJRTE**, v. 8, n. 3, p. 6391-6400, set. 2019.

LAK, B.; REZAEENOUR, J. Maturity assessment of social customer knowledge management (SCKM) using fuzzy expert system. **Journal of Business Economics and Management**, v. 19, n. 1, p. 192-212, 2018.

LARA, C. R. D. **A atual gestão do conhecimento**: a importância de avaliar e identificar o capital humano nas organizações. São Paulo: Nobel, 2004

LAVECHIA, J. **Compartilhamento do conhecimento em uma organização intensiva em conhecimento**. 2018. 136f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Tecnologias da Informação e Comunicação, Centro de Ciências, Tecnologias e Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Araranguá, 2018.

LEITCH, J. M.; ROSEN, P. W. Knowledge Management, CKO and CKM: the keys to competitive advantage. **The Manchester Review**, v. 6, n. 2-3, p. 9-13, 2001.

LIMA, L. G. de. Contribuições das instituições de educação superior da associação catarinense de fundações educacionais a Santa Catarina e ao Brasil. *In*: SCHIMIT, João Pedro (Org.). **Instituições comunitárias: instituições públicas não estatais**. Santa Cruz do Sul: Edunisc, 2009. p. 93-107.

LIN, H. Antecedents of the stage-based knowledge management evolution. **Journal of Knowledge Management**, v. 15, n. 1, p. 136-155, 2011.

LOURENÇÃO, D. C. A.; BENITO, G. A. Competências gerenciais na formação do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 1, 2010.

LÜCKMANN, L. C.; CIMADON, A.; BERNART, E. E. O modelo comunitário de educação superior: instituições públicas não estatais? **Impulso**, Piracicaba, v. 25, n. 63, p. 19-34, mai./ago. 2015

MAGNAGNAGNO, O. A. **Mecanismos de proteção da privacidade das informações de prontuário eletrônico de pacientes de instituições de saúde**. 2015. 136f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Administração e Negócios, Faculdade de Administração, Contabilidade e Economia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

MALLMANN, M. L. **Diagnóstico qualitativo dos processos de gestão do conhecimento pela utilização de parâmetros do método OKA: o caso da Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos**. 2012. 288f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Engenharia e Gestão do Conhecimento, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 5.ed. Atlas: São Paulo, 2003.

MARCOSKI, Fabiana dos Santos. **Contato aluno UFSC - Mestrado - Ambulatório Universitário Univille**. [mensagem pessoal] Mensagem recebida por: <marlon.zilli@outlook.com>. em: 5 out. 2020

MATTAR, F. N. **Pesquisa de marketing**. 3.ed. São Paulo: Atlas, 2001.

MIGUEL, B. N. S. **Caracterização da condição oral dos pacientes da clínica universitária do instituto de ciências da saúde da Universidade Católica Portuguesa**. 2019. 88f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Medicina Dentária, Universidade Católica Portuguesa, Viseu, 2019.

MISRA, D. C. INTERNATIONAL CONFERENCE ON KNOWLEDGE MANAGEMENT FOR PRODUCTIVITY AND COMPETITIVENESS, 1., 2007, Nova Delhi. **Ten Guiding Principles for Knowledge Management in E-government**. Nova Delhi, Índia: National Productivity Council, 2007. 15 p.

MONTANI, S.; BELLAZZI, R. Supporting decisions in medical applications: the knowledge management perspective. **International Journal of Medical Informatics**, v. 68, n. 1-3. p. 79-90. 2002.

MOREIRA, N. S. **Segurança Mínima**: Uma visão corporativa da Segurança da Informação, Rio de Janeiro: Axcel Books, 2001.

MUSSAK, E. **Metacompetência**: uma nova visão do trabalho e da realização pessoal. São Paulo: Gente, 2003.

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

NONAKA, I.; KONNO, N. The concept of “Ba”: Building a foundation for knowledge creation. **California Management Review**, v. 40, n. 3, p. 121-135, 1998.

OLIVA, F. L. Knowledge management barriers, practices and maturity model. **Journal of Knowledge Management**, v. 18, n. 6, p. 1053-1074, 2014.

OLIVEIRA, C.; MOURA, SOUSA, E. R. TIC’S na educação: a utilização das tecnologias da informação e comunicação na aprendizagem do aluno. **Pedagogia em Ação**, v. 7, n. 1, p. 75-95, 2015.

OLIVEIRA, M.; PEDRON, C. D. Maturity model for knowledge management and strategic benefits. *In*: VIVAS, C. et al, EUROPEAN CONFERENCE ON KNOWLEDGE MANAGEMENT, 15th., ECKM 2014, 2014. **Proceedings...** Academic Conferences Limited. p.748-756.

OMELCZUK, I.; STALLIVIERI, L. Tecnologias da informação na gestão universitária: o plano diretor de tecnologia da informação e comunicação da universidade federal de Santa Catarina. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 5, n. 1, p. 1794-1808, jan. 2019.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD). **OECD Science, Technology and Industry Scoreboard 2015**. Innovation for growth and society. Paris: OECD Publishing, 2015.

PACHECO, A. **UnC inaugura Clínica Escola de Fisioterapia no Campus Universitário de Concórdia**. 2018. Publicado por Atualfm. Disponível em: <https://www.atualfm.com.br/site/unc-inaugura-clinica-escola-de-fisioterapia-no-campus-universitario-de-concordia/>. Acesso em: 13 abr. 2018.

PAIM, J. Q. **Contribuições das universidades comunitárias de Santa Catarina para o desenvolvimento regional da sociedade do conhecimento**. 2017. 159f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Desenvolvimento Socioeconômico, Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, 2017.

PEE, L. G.; KANKANHALLI, A. A model of organisational knowledge management maturity based on people, process, and technology. **Journal of Information and Knowledge Management**, v. 8, n. 2, p. 79-99, 2009.

PINHEIRO, M. **Práticas de gestão do conhecimento nas bibliotecas integradas de uma organização intensiva em conhecimento**. 2018. 202f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Tecnologias da Informação e Comunicação, Centro de Ciências, Tecnologias e Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Araranguá, 2018.

POUR, M. J.; MANIAN, A.; YAZDANI, H. R. A theoretical and methodological examination of knowledge management maturity models: a systematic review. **International Journal of Business Information Systems**, v. 23, n. 3, p. 330-352, 2016.

PROBST, G.; RAUB, S.; ROMHARDT, K. **Gestão do conhecimento: os elementos construtivos do sucesso**. Porto Alegre: Bookman, 2008.

RAMOS, N. K.; YAMAGUCHI, C. K.; COSTA, U. M. Tecnologia da informação e gestão do conhecimento: estratégia de competitiva nas organizações. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 6, n. 1, P. 144-161, jan. 2020.

REVERE, D.; TURNER, A. M.; MADHAVAN, A.; RAMBO, N.; BUGNI, P. F.; KIMBALL, A. Understanding the information needs of public health practitioners: A literature review to inform design of an interactive digital knowledge management system. **Journal of Biomedical Informatics**, v. 40, n. 4, p. 410-421, 2007.

RIVERA, G.; RIVERA, I. Design, Measurement and Analysis of a Knowledge Management Model in the Context of a Mexican University. **Innovar**, v. 26, n. 59, p. 21–34, 2016.

ROBINSON, H. S.; ANUMBA, C. J.; CARRILLO, P. M.; AL-GHASSANI, A. M. STEPS: A knowledge management maturity roadmap for corporate sustainability. **Business Process Management Journal**, v. 12, n. 6, p. 793-808, 2006.

ROBINSON, H. S.; CARRILLO, P. M.; ANUMBA, C. J.; AL-GHASSANI, A. M. Knowledge management practices in large construction organisations. **Engineering, Construction and Architectural Management**, v. 12, n. 5, p. 431-445, 2005.

ROCHA, E. S. B.; NAGLIATE, P.; FURLAN, C. E. B.; ROCHA JR, K.; TREVIZAN, M. A.; MENDES, I. A. C. Gestão do conhecimento na saúde: revisão sistemática de literatura. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 2, mar./abr. 2012.

RODRIGUES, A. **Evolução da maturidade em gestão do conhecimento**: estudo em uma organização do setor elétrico. 2018. 116f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Administração, Centro Universitário UNA, Belo Horizonte, 2018.

ROQUE, G. R. **Compartilhamento de conhecimento inteorganizacional**: um estudo de caso das práticas e iniciativas no âmbito do projeto Visir+. 2017. 184f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Tecnologias da Informação e Comunicação, Centro de Ciências, Tecnologias e Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Araranguá, 2017.

ROSENBERG, G.; OHAYON, P.; BATISTA, F. F. Gestão do Conhecimento em organizações públicas de saúde no Brasil: diagnóstico de práticas. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 59, n. 1, p. 43-60, jan./mar. 2008.

SABINO, M. M. F. L. **Maturidade em gestão do conhecimento: um estudo de caso na tutoria dos cursos de graduação na modalidade a distância do departamento de ciências da administração da UFSC**. 2013. 197f. Dissertação (Mestrado) – Administração Universitária, Centro Socioeconômico. Programa de Pós-Graduação em Administração Universitária, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

SANTOS, A. P.; CERQUEIRA, E. A ENSINO SUPERIOR: trajetória histórica e políticas recentes. *In*: COLÓQUIO INTERNACIONAL SOBRE GESTÃO UNIVERSITÁRIA NA AMÉRICA DO SUL, 9., 2009. **Anais...** 2009. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/35836>. Acesso em: 20 abr. 2020.

SANTOS, N. **A sociedade do conhecimento**. Florianópolis: UFSC, 2005.

SÃO MIGUEL DO OESTE. **Lei complementar 61, de 13 de novembro de 2017**. Dispõe sobre a extinção da Fundação Educacional do Extremo Oeste de Santa Catarina - Funesc, Fundação Municipal De Desporto De São Miguel Do Oeste - Fundesmo, criada pela Lei Complementar 1/2006 e Fundação Municipal de Cultura - Funcultura. São Miguel do Oeste, SC, 13 nov. 2017.

SÃO MIGUEL DO OESTE. **Lei 878/1974**. Institui a Fundação Educacional do Extremo Oeste de Santa Catarina e dá outras providências. São Miguel do Oeste, SC, 02 abr. 1974.

SCHMIDT, J. P.; CAMPIS, L. A. C. **As instituições comunitárias e o novo marco jurídico do público não-estatal**. *In*: SCHMIDT, João Pedro (org.). Instituições comunitárias: instituições públicas não-estatais. Santa Cruz: Edunisc, 2009.

SCHMIDT, J. P. O Comunitário em Tempos de Público não Estatal. **Avaliação**. Sorocaba, v. 15, n. 1, p. 9-40, mar. 2010.

SCHMIDT, J. P. **Universidades Comunitárias e Terceiro Setor**: fundamentos comunitaristas da cooperação em políticas públicas. Santa Cruz do Sul: Edunisc, 2018.

SENSUSE, D. I.; CANYANINGSIH, E. Knowledge management models: a summative review. **International Journal of Information Systems in the Service Sector**, v. 10, n. 1, p. 71-100, jan./mar. 2018.

SERRA, F. A. R.; TORRES, M. C. S. L.; TORRES, A. P. **Administração estratégica: conceitos, roteiro prático e casos**. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2004.

SHINYASHIKI, G. T.; TREVIZAN, M. A.; MENDES, I. A. C. Sobre a criação e a gestão do conhecimento organizacional. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, p. 499-506, jul./ago. 2003.

SILVA, E. L.; MENEZES, E. M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 4.ed. rev. e atual. Florianópolis: UFSC, 2005.

SIMPSON, R. L. Information technology: building nursing intellectual capital for the information age. *Nursing Administration Quarterly*, v. 31, n. 1, p. 84-88, jan./mar. 2007.

SITTIG, D. F.; WRIGHT, A.; SIMONAITIS, L.; CARPENTER, J. D.; ALLEN, G. O.; DOEBBELING, B. N. The state of the art in clinical knowledge management: An inventory of tools and techniques. *International Journal of Medical Informatics*, v. 79, n. 1, p. 44-57, jan. 2010.

SOUZA, A. L. F.; HELOU, A. R. H. A.; SOHN, A. P. L. Identificação do grau de maturidade em gestão do conhecimento no setor de ensino: um estudo no Instituto Federal Catarinense Câmpus Araquari. *Ciência da Informação*, Brasília, v. 47, n. 2, p. 171-186, mai./ago. 2018

STEWART, T. A. **Capital Intelectual**. 4. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1998.

TABALIPA, A. T. A “crise” das instituições de ensino superior comunitárias da Associação Catarinense de Fundações Educacionais (ACAFE). 2015. 126f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Educação, Centro de Ciências da Educação, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

THIOLLENT, M. **Metodologia de Pesquisa-ação**. São Paulo: Saraiva, 2009.

TIAN, J.; NAKAMORI, Y.; WIERZBICKI, A. P. Knowledge management and knowledge creation in academia: A study based on surveys in a Japanese research university. *Journal of Knowledge Management*, v. 13, n. 2, p. 76–92, 2009.

TREVISOL, J. V.; BASTIANI, S. C. O cinquentenário da educação superior no Oeste de Santa Catarina: dinâmicas e tendências (1968-2018). *Revista Internacional de Educação Superior*. Campinas, SC, v. 6, p. 1-25, 2020.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais**. A pesquisa qualitativa em estudo. São Paulo: Atlas S.A., 1987.

TSAKALIDIS, A.; GKOUUMAS, K.; PEKÁR, F. Digital transformation supporting transport decarbonisation: technological developments in EU-funded research and innovation. *Sustainability*, Suíça, v. 12, n. 9, p. 1-13, mai. 2020.

UFUOPHU, E.; AGOBAMI, O. Usage of information and communication Technologies and job motivation among newspaper workers in Nigeria. **Journal of Communication and Media Research**, v. 4, n. 1, 2012.

UDESC. Universidade do Estado de Santa Catarina. **Clínica escola de fisioterapia**. 2020a. Disponível em: <http://www.cefid.udesc.br/clinica>. Acesso em: 9 out. 2020.

UDESC. Universidade do Estado de Santa Catarina. **Histórico da Udesc**. 2020b. Disponível em: <https://www.udesc.br/sobre/hist%C3%B3rico>. Acesso em: 9 out. 2020.

UDESC. Universidade do Estado de Santa Catarina. **Hospital de clínica veterinária**. 2020c. Disponível em: <https://www.udesc.br/cav/hcv>. Acesso em: 9 out. 2020.

UDESC. Universidade do Estado de Santa Catarina. **Unidades**. 2020d. Disponível em: <https://www.udesc.br/unidades>. Acesso em 9 out. 2020.

UNC. Universidade do Contestado. **A sua universidade do conhecimento**, 2020^a. Disponível em: <https://www.unc.br/institucional/institucional>. Acesso em: 3 out. 2020.

UNC. Universidade do Contestado. **Atendimentos à comunidade**. 2020b. Disponível em: https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiv7IWTkZnsAhXHF7kGHcUBDHoQFjADegQIAhAC&url=https%3A%2F%2Ffunc.br%2Fextensao%2Fextensao_servicos&usq=AOvVaw1skUZdFhgZoHIgCoZ2b1r. Acesso em: 3 out. 2020.

UNESC. Universidade do Extremo Sul Catarinense. **Clínicas Integradas**. 2020. Disponível em: <http://www.unesc.net/portal/capa/index/73>. Acesso em: 4 out. 2020.

UNESC. Universidade do Extremo Sul Catarinense. **Histórico**. 2020. Disponível em: <http://www.unesc.net/portal/reitoria/historico>. Acesso em: 4 out. 2020.

UNESC. Universidade do Extremo Sul Catarinense. **Unesc em números 2018**. 2018. Disponível em: http://www.unesc.net/portal/resources/official_documents/17011.pdf?1558717126. Acesso em: 7 out. 2020.

UNIARP. Universidade do Alto Vale do Rio do Peixe. **Clínica da Uniarp realiza atendimentos gratuitos**. 2018a. Disponível em: <https://www.uniarp.edu.br/home/clinica-uniarp-atendimentos-gratuitos/>. Acesso em 3 out. 2020.

UNIARP. Universidade do Alto Vale do Rio do Peixe. **Clínica Escola de Fisioterapia da Uniarp está em novo local**. 2019. Disponível em: <https://www.uniarp.edu.br/home/clinica-escola-de-fisioterapia-da-uniarp-esta-em-novo-local/>. Acesso em: 3 out. 2020.

UNIARP. Universidade do Alto Vale do Rio do Peixe. **Histórico**. Disponível em: <https://www.uniarp.edu.br/home/a-uniarp/institucional/historia/>. Acesso em 3 out. 2020.

UNIARP. Universidade do Alto Vale do Rio do Peixe. **Núcleo de psicologia da Uniarp inicia atendimentos**. 2018b. Disponível em: <https://www.uniarp.edu.br/home/nucleo-de-psicologia-da-uniarp-inicia-atendimentos/>. Acesso em: 3 out. 2020.

UNIARP. Universidade do Alto Vale do Rio do Peixe. **Núcleo de psicologia da Uniarp realiza mais de 35 mil atendimentos em 2019**. 2020. Disponível em: <https://www.uniarp.edu.br/home/nucleo-de-psicologia-da-uniarp-realiza-mais-de-35-mil-atendimentos-em-2019/>. Acesso em: 3 out. 2020.

UNIBAVE. Centro Universitário Barriga Verde. **Febave completa 40 anos de história e desenvolvimento**. 2014. Disponível em: <https://unibave.net/noticia/febave-completa-40-anos-de-historia-e-desenvolvimento/>. Acesso em: 3 out. 2020.

UNIBAVE. Centro Universitário Barriga Verde. **Hospital universitário Unibave**. 2020a. Disponível em: <https://unibave.net/servicos-comunidade/hospital-veterinario-unibave/>. Acesso em: 3 out. 2020.

UNIBAVE. Centro Universitário Barriga Verde. **Resolução 153/2017 – Regulamento da Clínica de Psicologia do Unibave**. 2017. Disponível em: <https://unibave.net/wp-content/uploads/2017/07/Regulamento-da-Cl%C3%ADnica-de-Psicologia-do-Unibave.pdf>. Acesso em: 3 out. 2020.

UNIBAVE. Centro Universitário Barriga Verde. **Serviço da Clínica de Psicologia está aberto à população**. 2020b. Disponível em: <https://unibave.net/noticia/servico-da-clinica-de-psicologia-esta-aberto-a-populacao/>. Acesso em: 3 out. 2020.

UNIDAVI. Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí. **Acontecimentos históricos da Unidavi**. 2020. Disponível em: <https://unidavi.edu.br/50anos/>. Acesso em: 4 out. 2020.

UNIDAVI. Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí. **Clínica de psicologia**. 2019. Disponível em: <https://www.unidavi.edu.br/noticia/2019/3/clinica-de-psicologia>. Acesso em: 4 out. 2020.

UNIFEBE. Centro Universitário de Brusque. **Institucional**. 2020. Disponível em: <https://www.unifebe.edu.br/site/institucional/>. Acesso em: 3 out. 2020.

UNIPLAC. Universidade do Planalto Catarinense. **Atendimentos psicológicos são oferecidos gratuitamente na Uniplac**. 2020a. Disponível em: http://www.uniplaclages.edu.br/noticias_visualiza/4047-atendimentos-psicologicos-sao-oferecidos-gratuitamente-na-uniplac. Acesso em: 3 out. 2020.

UNIPLAC. **Conheça a Fundação Uniplac**. 2020b. Disponível em: http://www.uniplaclages.edu.br/fundacao_uniplac. Acesso em: 21 abr. 2020.

UNIPLAC. Universidade do Planalto Catarinense. **Uniplac – CCS**. 2020c. Disponível em: <https://www.uniplaclages.edu.br/ccs/inicio#conteudo>. Acesso em: 3 out. 2020.

UNIPLAC. Universidade do Planalto Catarinense. **Uniplac – histórico da Uniplac**. 2020d. Disponível em: <https://www.uniplaclages.edu.br/historico>. Acesso em 3 out. 2020.

UNISUL. Universidade do Sul de Santa Catarina. **Ambulatórios integrados de saúde**. 2020a. Disponível em: <http://www.unisul.br/programas-de-extensao/ambulatorios-integrados-de-saude/>. Acesso em: 3 out. 2020.

UNISUL. Universidade do Sul de Santa Catarina. **Balanco Social 2018**. 2019. Disponível em: http://transparencia.unisul.br/download/173_2018. Acesso em: 7 out. 2020.

UNISUL. Universidade do Sul de Santa Catarina. **Clínica Escola de Fisioterapia**. 2020b. Disponível em: <http://www.unisul.br/programas-de-extensao/clinica-escola-de-fisioterapia/>. Acesso em: 3 out. 2020.

UNISUL. Universidade do Sul de Santa Catarina. **Clínica Odontológica**. 2020c. Disponível em: <http://www.unisul.br/programas-de-extensao/clinica-odontologica/>. Acesso em: 3 out. 2020.

UNISUL. Universidade do Sul de Santa Catarina. **Histórico da Unisul**. 2020d. Disponível em: <http://www.unisul.br/wps/portal/home/conheca-a-unisul/fundacao-unisul/historico>. Acesso em: 3 out. 2020.

UNISUL. Universidade do Sul de Santa Catarina. **Serviço de psicologia**. 2020e. Disponível em: <http://www.unisul.br/programas-de-extensao/servico-de-psicologia/>. Acesso em: 3 out. 2020.

UNIVALI. Universidade do Vale do Itajaí. **Beleza e Saúde**. 2020a. Disponível em: <https://www.univali.br/institucional/proppec/gerencia-de-inovacao/escritorio-de-projetos/portfolio-de-servicos/Paginas/default.aspx>. Acesso em: 3 out. 2020.

UNIVALI. Universidade do Vale do Itajaí. **Linha do tempo**. 2020b. Disponível em: <https://www.univali.br/institucional/historia/linha-do-tempo/Paginas/default.aspx>. Acesso em: 3 out. 2020.

UNIVILLE. Universidade da Região de Joinville. **Histórico**. 2020a. Disponível em: <https://www.univille.edu.br/pt-br/institucional/historico/597155>. Acesso em: 4 out. 2020.

UNIVILLE. Universidade da Região de Joinville. **Odontologia**. 2020b. Disponível em: <http://universo.univille.br/odontologia>. Acesso em: 4 out. 2020.

UNOCHAPECÓ. Universidade Comunitária da Região de Chapecó. **A Unochapecó**. 2020a. Disponível em: <https://www.unochapeco.edu.br/info/a-unochapeco>. Acesso em: 4 out. 2020.

UNOCHAPECÓ. Universidade Comunitária da Região de Chapecó. **Clínica Integrada**. 2020b. Disponível em: <https://www.unochapeco.edu.br/clinica-integrada>. Acesso em: 4 out. 2020.

UNOCHAPECÓ. Universidade Comunitária da Região de Chapecó. **Portaria nº 042/PRÓ-ADM/2020**. Fixa os valores dos serviços prestados pelas Clínicas escola vinculadas à Clínica Integrada de Saúde da Unochapecó. 2020c. Disponível em: <https://www.unochapeco.edu.br/static/data/portal/downloads/4194.pdf>. Acesso em: 4 out. 2020.

UNOESC. Universidade do Oeste Catarinense. **Histórico**. 2020a. Disponível em: <https://www.unoesc.edu.br/unoesc/historico>. Acesso em: 4 out. 2020.

UNOESC. Universidade do Oeste Catarinense. **Serviços oferecidos nos campi**. 2020b. Disponível em: <https://www.unoesc.edu.br/unoesc/servicos-oferecidos>. Acesso em: 4 out. 2020.

UNOESC. Universidade do Oeste Catarinense. **Sobre a Funoesc**. 2020c. Disponível em: <https://www.unoesc.edu.br/unoesc/funoesc/sobre>. Acesso em: 21 abr. 2020.

UNOESC. Universidade do Oeste Catarinense. **Unoesc inaugura clínica odontológica para pós-graduação**. 2009. Disponível em: <https://www.unoesc.edu.br/noticias/single/unoesc-inaugura-clinica-odontologica-para-pos-graduacao>. Acesso em: 4 out. 2020.

UNOESC. Universidade do Oeste Catarinense. **Videira**. 2020d. Disponível em: <https://www.unoesc.edu.br/unoesc/conheca-unoesc-single/videira>. Acesso em: 8 out. 2020.

USJ. **Sobre o USJ**. 2020. Disponível em: <https://usj.edu.br/o-usj/>. Acesso em: 30 abr. 2020.

VALADARES, M. C. B. **Planejamento Estratégico Empresarial: foco em cliente e pessoas**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2003

VANNUCCHI, A. **A universidade comunitária: o que é, como se faz**. 2. ed. São Paulo: Loyola, 2011.

VIEIRA, R. **Gestão do conhecimento: Introdução e Áreas a Fins**. Rio de Janeiro: Interciência, 2016.

VOLPATO, G. A universidade na sua constituição: criação, reformas e implicações político-epistemológicas. **Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos**, Brasília, v. 92, n. 232, set./dez. 2011.

WAHYUNINGSIH, A.; ASTUTI, E. S.; MUSADIEQ, M. A. The effect of organizational learning on knowledge management, capability and performance of organization. **Journal Of Basic And Applied Scientific Research**, v. 3, n. 5, p. 159-169, 2013.

WOEHL, Jaqueline de Oliveira. **Dúvidas Serviço de psicologia Univille**. [mensagem pessoal] Mensagem recebida por: <marlon.zilli@outlook.com>. em: 05 out. 2020.

XAVIER, A. C. da R.; AMARAL SOBRINHO, J. **Como elaborar o plano de desenvolvimento da escola, aumentando o desempenho da escola por meio do planejamento eficaz**. 2. ed. Brasília: Programa FUNDESCOLA, 1999.

XAVIER-GOMES, L. M.; BARBOSA, T. L. A. Trabalho das enfermeiras-gerentes e a sua formação profissional. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 449-459, 2012.

YANG, R.; YU, Q. **Research on Knowledge Management Maturity model: Based on the life cycle of the industry**. *In*: INTERNATIONAL CONFERENCE ON INFORMATION MANAGEMENT, INNOVATION MANAGEMENT AND INDUSTRIAL ENGINEERING, 6th., ICIII, 2013, Xi'an. p. 259-262.

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

ZACK, M. H.; HALL, H. A Strategic pretext for knowledge management. *In*: EUROPEAN CONFERENCE ON ORGANIZATIONAL KNOWLEDGE, 3., 2002, Atenas, Grécia. **Proceedings...** Atenas, Grécia, 2002. p. 1-12.

ZILLI, M. G.; SANTOS, A. P. S.; YAMAGUCHI, C. K.; BORGES, L. A. Contribuições de uma clínica escola no atendimento em saúde no sul de Santa Catarina. **RIES**, Caçador, v. 6, n. 1, p. 105-116, 2017.

ZIROLDO, R. R.; GIMENES, R. O.; CASTELO JR, C. A importância da saúde suplementar na demanda da prestação dos serviços assistenciais no Brasil. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 37, n. 2, p. 216-221, 2013.

APÊNDICE

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO

1 Em qual região geográfica intermediária a clínica está localizada? *

Marcar apenas uma oval.

- Florianópolis (Florianópolis, Palhoça, São José)
- Joinville (Joinville, Mafra, São Bento do Sul)
- Chapecó (Chapecó, Concórdia, Xanxerê, Joaçaba)
- Lages (Lages, Curitibanos)
- Criciúma (Criciúma, Tubarão, Araranguá)
- Blumenau (Blumenau, Itajaí, Brusque, Rio do Sul)
- Caçador (Caçador, Videira)

2. Clínica de *

Marque todas que se aplicam.

- Fisioterapia
- Medicina
- Odontologia
- Psicologia

3. Há quanto tempo você atua na gestão da Clínica? *

Marcar apenas uma oval.

- Menos de 1 ano
- Entre 1 ano e menos de 3 anos
- Entre 3 anos e 6 anos
- Mais de 6 anos

Para as próximas questões, marque apenas um quadrado para cada assertiva.

Critério 1 – Liderança em gestão do conhecimento	As ações são inexistentes ou muito mal realizadas	As ações são mal realizadas	As ações são realizadas de forma adequada	As ações são bem realizadas	As ações são muito bem realizadas
1 – A instituição compartilha conhecimento, a sua visão e a estratégia de Gestão do Conhecimento fortemente alinhados com visão, missão e objetivos estratégicos institucionais.					
2 – Existem, implantados, na clínica, arranjos organizacionais para formalizar as iniciativas de Gestão do Conhecimento (exemplos: uma unidade central da gestão da informação/conhecimento; gestão da informação/conhecimento; equipes de melhoria da qualidade; e redes de conhecimento).					
3 – A gestão superior institucional frequentemente destina recursos financeiros às iniciativas de proteção, criação, armazenamento, compartilhamento, disseminação e aplicação do conhecimento? (exemplos: prontuário eletrônico, workshops, rodas de conversa, simpósios, videoconferências, viagens ou passeis de socialização, intranet e internet cabeada ou sem fio, entre outros).					
4 – A clínica tem políticas e instrumentos de proteção da informação e do conhecimento (exemplos: prontuário eletrônico, fluxos bem estabelecidos, integridade, autenticidade e sigilo das informações).					
5 – A gestão superior institucional e gerentes de serviços servem como exemplo ao colocar em prática os valores de compartilhamento do conhecimento e de trabalho colaborativo. Elas passam mais tempo disseminando informação para suas equipes e facilitando o fluxo horizontal de informação entre suas equipes e equipes de outros departamentos/divisões/unidades.					
6 – A gestão superior institucional e os gerentes de serviços promovem, reconhecem e recompensam a					

melhoria do desempenho, o aprendizado individual e organizacional, o compartilhamento de conhecimento e a criação de novos conhecimentos e inovação tecnológica.					
--	--	--	--	--	--

Critério 2 – Processos	As ações são inexistentes ou muito mal realizadas	As ações são mal realizadas	As ações são realizadas de forma adequada	As ações são bem realizadas	As ações são muito bem realizadas
7 – As competências essenciais para ingressar no setor, seja para trabalhar ou realizar estágio, estão definidas de forma clara e alinhadas à missão da universidade.					
8 – A clínica readequa seu processo de trabalho para agregar valor ao paciente e alcançar alto desempenho.					
9 – Ao definir processos, contemplam-se: novas tecnologias, compartilhamento de conhecimento, flexibilidade, eficiência, eficácia e efetividade social.					
10 – A clínica possui um sistema para gerenciar situações imprevistas, de forma que quando elas acontecem, as operações permanecem ativas.					
11 – A clínica implementa e gerencia processos de apoio e finalísticos para assegurar o equilíbrio entre o atendimento do paciente e a manutenção dos resultados econômico-financeiros da instituição.					
12 – A clínica avalia e melhora continuamente seus processos meio e fim (atendimento a paciente, excelência no ensino) para alcançar melhor desempenho, manter continuidade e melhorar produtos e serviços para se					

manter atualizada com as práticas de excelência em gestão.					
--	--	--	--	--	--

Critério 3 – Pessoas	As ações são inexistentes ou muito mal realizadas	As ações são mal realizadas	As ações são realizadas de forma adequada	As ações são bem realizadas	As ações são muito bem realizadas
13 – São ofertados programas de educação permanente, assim como qualificação para o desenvolvimento de carreiras, que ampliam o conhecimento, as habilidades e as capacidades do colaborador e vão ao encontro das necessidades de alto desempenho que a clínica requer.					
14 – A clínica, de maneira sistemática, consegue disseminar as informações necessárias do setor, de forma eficiente, para novos colaboradores.					
15 – A clínica tem processos formais de <i>mentoring</i> , <i>coaching</i> e tutoria.					
16 – A clínica – ou ainda a instituição – possui banco de competências dos seus colaboradores (currículos cadastrados atualizados, <i>lattes</i> atualizado de todos os funcionários, banco de dados e de talentos, etc.).					
17 – A colaboração e o compartilhamento do conhecimento são reconhecidos e/ou recompensados ou corrigidos, se necessário.					
18 – Existem equipes organizadas internamente à clínica que visam a estruturar o trabalho (comissão de prontuário, de segurança do paciente, de pesquisa em determinadas áreas do conhecimento, de melhorias de processo, de equipes interdepartamentais, etc.) e elas são suficientes para enfrentar os problemas locais.					

Critério 4 – Tecnologias	As ações são inexistentes ou muito mal realizadas	As ações são mal realizadas	As ações são realizadas de forma adequada	As ações são bem realizadas	As ações são muito bem realizadas
19 – A infraestrutura disponível de TI para as atividades de meio e fim (atendimento a paciente e ensino aos alunos) é adequada (exemplos: internet, intranet e sítio na <i>web</i>).					
20 – A infraestrutura de TI é alinhada para atender às estratégias de gestão de informação – de pacientes, relatórios, funcionários, financeiro, administrativo, etc.					
21 – Todas as pessoas da clínica têm acesso a computador.					
22 – Todas as pessoas da clínica têm acesso à internet/intranet, cabeada ou sem fio, e a um endereço de e-mail institucional.					
23 – As informações disponíveis no sítio da <i>web</i> /intranet são atualizadas frequentemente.					
24 – A intranet (ou uma rede similar), o e-mail institucional ou os aplicativos de mensagem instantânea (whatsapp, telegram) são usados como uma das principais fontes de comunicação em toda a clínica como apoio à transferência de conhecimento e ao compartilhamento de informação de trabalho.					

Critério 5 – Processos de conhecimento	As ações são inexistentes ou muito mal realizadas	As ações são mal realizadas	As ações são realizadas de forma adequada	As ações são bem realizadas	As ações são muito bem realizadas
25 – A clínica tem processos definidos de forma clara para identificar, criar, armazenar, compartilhar e utilizar informações e conhecimento (exemplos: normais e rotinas, protocolos clínicos e administrativos, registros de intercorrências).					
26 – A clínica tem mapeado o conhecimento de forma clara de acordo com cargos, funções e serviços que desenvolvem e reconhece potencialidades e talentos dando condições para o desempenho.					
27 – O conhecimento adquirido (seja em reuniões de planejamento estratégico e tático, seja em reuniões periódicas de setor, ou ainda de outras formas semelhantes) após a execução de tarefas e a conclusão de projetos é registrado formalmente e é compartilhado.					
28 – O conhecimento essencial de colaboradores que estão saindo da clínica é sempre retido (registrado e armazenado em algum lugar para que quem o substitua possa executar suas tarefas).					
29 – Entre os próprios colaboradores da clínica, compartilham-se constantemente as práticas e as lições aprendidas para que não haja retrabalho ou falhas					

de comunicação em processos novos (“reinventar da roda”).					
30 – Constantemente, busca-se identificar boas práticas de outras clínicas universitárias (seja por visita <i>in loco</i> ou por contato telefônico ou internet) ou ainda de outros setores dentro da própria instituição, a fim de melhorar o desempenho organizacional e criar novos conhecimentos.					

Critério 6 – Aprendizagem e inovação	As ações são inexistentes ou muito mal realizadas	As ações são mal realizadas	As ações são realizadas de forma adequada	As ações são bem realizadas	As ações são muito bem realizadas
31 – A clínica articula e reforça, continuamente, como valores, a aprendizagem e a inovação.					
32 – A clínica considera a atitude de assumir riscos ou o fato de cometer erros como oportunidades de aprendizagem, desde que isso não ocorra repetidamente, de forma que quando aconteça um erro, busca-se, num primeiro momento, identificar o erro e não o culpado.					
33 – Equipes multidisciplinares são formadas para resolver problemas ou lidar com situações preocupantes que ocorrem no setor.					
34 – Os colaboradores/servidores, independente das funções que ocupam, sentem que recebem autonomia dos seus superiores hierárquicos e que suas ideias e contribuições são geralmente valorizadas e, quando viáveis, implementadas pela organização.					
35 – Os coordenadores de setor/ambulatório/ala/seção/etc. não são resistentes às mudanças.					

36 – A interdisciplinaridade e a multidisciplinaridade são comuns entre todos os profissionais e/ou professores, de forma a compartilhar os conhecimentos de suas respectivas áreas com a equipe, visando ao cuidado integral do paciente e ao ensino de excelência.					
--	--	--	--	--	--

Critério 7 – Resultados da GC	As ações são inexistentes ou muito mal realizadas	As ações são mal realizadas	As ações são realizadas de forma adequada	As ações são bem realizadas	As ações são muito bem realizadas
37 – A organização tem um histórico de sucesso na implantação da Gestão do Conhecimento (GC) e de outras iniciativas de mudança que pode ser comprovado com resultados de indicadores de desempenho.					
38 – São utilizados indicadores para avaliar o impacto das contribuições e das iniciativas de Gestão do Conhecimento (GC) nos resultados da organização.					
	A organização não melhorou ou ainda não é possível comprovar melhorias, pela ausência de indicadores	Houve melhoria em alguns indicadores utilizados	Houve melhoria nos resultados da maioria dos indicadores utilizados	Houve melhoria em quase todos os indicadores utilizados	Houve melhoria em todos os indicadores utilizados
39 – A organização melhorou – graças às contribuições e às iniciativas da GC – os resultados relativos aos indicadores de qualidade dos produtos e serviços.					
40 – A organização melhorou – graças às contribuições e às iniciativas da GC – os resultados relativos aos					

indicadores de eficiência.					
41 – A organização melhorou – graças às contribuições e às iniciativas da GC – os resultados relativos aos indicadores de efetividade social.					
42 – A organização melhorou – graças às contribuições e às iniciativas da GC – os resultados relativos aos indicadores de legalidade, impessoalidade, publicidade, moralidade e desenvolvimento.					

ANEXOS

ANEXO 1 – INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA GC – FOLHAS DE PONTUAÇÃO INDIVIDUAL (BATISTA, 2012)

Critério 1.0: liderança em GC		Pontuação
1.	A organização compartilha o conhecimento, a visão e a estratégia de GC fortemente alinhados com visão, missão e objetivos estratégicos da organização.	
2.	Arranjos organizacionais foram implantados para formalizar as iniciativas de GC (exemplos: uma unidade central de coordenação da gestão da informação/conhecimento; gestor chefe de gestão da informação/conhecimento; equipes de melhoria da qualidade; COPs; e redes de conhecimento).	
3.	Recursos financeiros são alocados nas iniciativas de GC.	
4.	A organização tem uma política de proteção da informação e do conhecimento (exemplos: proteção da propriedade intelectual, segurança da informação e do conhecimento e política de acesso, integridade, autenticidade e sigilo das informações).	
5.	A alta administração e as chefias intermediárias servem de modelo ao colocar em prática os valores de compartilhamento do conhecimento e de trabalho colaborativo. Elas passam mais tempo disseminando informação para suas equipes e facilitando o fluxo horizontal de informação entre suas equipes e equipes de outros departamentos/divisões/unidades.	
6.	A alta administração e as chefias intermediárias promovem, reconhecem e recompensam a melhoria do desempenho, o aprendizado individual e organizacional, o compartilhamento de conhecimento e a criação do conhecimento e inovação.	
Subtotal critério 1.0: liderança em Gestão do Conhecimento Organizacional (CGO)		

Critério 2.0: processo		Pontuação
7.	A organização define suas competências essenciais (capacidades importantes do ponto de vista estratégico que concede à organização vantagem comparativa) e as alinha à sua missão e aos objetivos da organização.	
8.	A organização modela seus sistemas de trabalho e processos de apoio e finalísticos chave para agregar (“ao invés de criar”) valor ao cidadão-usuário e alcançar alto desempenho institucional.	
9.	Na modelagem de processos são contemplados os seguintes fatores: novas tecnologias, compartilhamento de conhecimento na organização, flexibilidade, eficiência, eficácia e efetividade social.	
10.	A organização tem um sistema próprio para gerenciar situações de crise ou eventos imprevistos que assegura a continuidade das operações, prevenção e recuperação.	
11.	A organização implementa e gerencia os processos de apoio e finalísticos chave para assegurar o atendimento dos requisitos do cidadão-usuário e a manutenção dos resultados da organização.	
12.	A organização avalia e melhora continuamente seus processos de apoio e finalísticos para alcançar um melhor desempenho, reduzir a variação, melhorar produtos e serviços PÚBLICOS e para manter-se atualizada com as práticas de excelência em gestão.	
Subtotal critério 2.0: processo		

Critério 3.0: pessoas		Pontuação
13.	Os programas de educação e capacitação, assim como os de desenvolvimento de carreiras, ampliam o conhecimento, as habilidades e as capacidades do servidor PÚBLICO, servem de apoio para o alcance dos objetivos da organização e contribuem para o alto desempenho institucional.	
14.	A organização dissemina de maneira sistemática informações sobre os benefícios, a política, a estratégia, o modelo, o plano e as ferramentas de GC para novos funcionários/servidores da organização.	
15.	A organização tem processos formais de <i>mentoring</i> , <i>coaching</i> e tutoria.	
16.	A organização conta com banco de competências dos seus servidores PÚBLICOS.	
17.	A colaboração e o compartilhamento do conhecimento são ativamente reconhecidos e recompensados/corrigidos.	
18.	A organização do trabalho contempla a formação de pequenas equipes/grupos (exemplos: grupos de trabalho, comissões, círculos de qualidade, equipes de melhoria de processos de trabalho, equipes interfuncionais, equipes interdepartamentais, COPs) e a estrutura por processos para enfrentar as preocupações e os problemas no local de trabalho.	
Subtotal critério 3.0: pessoas		

Critério 4.0: tecnologia		Pontuação
19.	A alta administração implantou uma infraestrutura de TI (exemplos: internet, intranet) e dotou a organização com a estrutura necessária para facilitar a efetiva GC.	
20.	A infraestrutura de TI está alinhada à estratégia de GC da organização.	
21.	Todas as pessoas da organização têm acesso a computador.	
22.	Todas as pessoas têm acesso à internet/intranet e a um endereço de e-mail.	
23.	As informações disponíveis no sítio da web/intranet são atualizadas regularmente.	
24.	A intranet (ou uma rede similar) é usada como a principal fonte de comunicação em toda a organização como apoio à transferência de conhecimento e ao compartilhamento de informação.	
Subtotal critério 4.0: tecnologia		

Critério 5.0: processos de conhecimento		Pontuação
25.	A organização tem processos sistemáticos de identificação, criação, armazenamento, compartilhamento e utilização do conhecimento.	
26.	A organização conta com um mapa de conhecimento e distribui os ativos ou recursos de conhecimento por toda a organização.	
27.	O conhecimento adquirido após a execução de tarefas e a conclusão de projetos é registrado e compartilhado.	
28.	O conhecimento essencial de servidores PÚBLICOS que estão saindo da organização é retido.	
29.	A organização compartilha as melhores práticas e lições aprendidas por toda a organização para que não haja um constante “reinventar da roda” e retrabalho.	
30.	As atividades de <i>benchmarking</i> são realizadas dentro e fora da organização, os resultados são usados para melhorar o desempenho organizacional e criar novo conhecimento.	
Subtotal critério 5.0: processos de conhecimento		

Critério 6.0: aprendizagem e inovação		Pontuação
31.	A organização articula e reforça continuamente como valores a aprendizagem e a inovação.	
32.	A organização considera a atitude de assumir riscos ou o fato de cometer erros como oportunidades de aprendizagem desde que isso não ocorra repetidamente.	
33.	Equipes interfuncionais são formadas para resolver problemas ou lidar com situações preocupantes que ocorrem em diferentes unidades gerenciais da organização.	
34.	As pessoas sentem que recebem autonomia dos seus superiores hierárquicos e que suas ideias e contribuições são geralmente valorizadas pela organização.	
35.	As chefias intermediárias estão dispostas a usar novas ferramentas e métodos.	
36.	As pessoas são incentivadas a trabalhar junto com outros e a compartilhar informação.	
Subtotal critério 6.0: aprendizagem e inovação		

Critério 7.0: resultados da GC		Pontuação
37.	A organização tem um histórico de sucesso na implementação da GC e de outras iniciativas de mudança que pode ser comprovado com resultados de indicadores de desempenho.	
38.	São utilizados indicadores para avaliar o impacto das contribuições e das iniciativas de GC nos resultados da organização.	
39.	A organização melhorou – graças às contribuições e às iniciativas da GC – os resultados relativos aos indicadores de qualidade dos produtos e serviços.	
40.	A organização melhorou – graças às contribuições e às iniciativas de GC – os resultados relativos aos indicadores de eficiência.	
41.	A organização melhorou – graças às contribuições e às iniciativas de GC – os resultados relativos aos indicadores de efetividade social.	
42.	A organização melhorou – graças às contribuições e às iniciativas de GC – os resultados dos indicadores de legalidade, impessoalidade, publicidade, moralidade e desenvolvimento.	
Subtotal critério 7.0: resultados da GC		