

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA POLITÉCNICA
DEPARTAMENTO DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO

CAMILA TIOME BABA

**Proposta de Modelo de Maturidade da Gestão do Conhecimento na Atenção
Básica à Saúde do Estado de São Paulo**

São Paulo
2021

CAMILA TIOME BABA

**Proposta de Modelo de Maturidade da Gestão do Conhecimento na Atenção
Básica à Saúde do Estado de São Paulo**

Dissertação apresentada à Escola
Politécnica da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Mestre em
Ciências.

São Paulo
2021

CAMILA TIOME BABA

Proposta de Modelo de Maturidade da Gestão do Conhecimento na Atenção Básica
à Saúde do Estado de São Paulo

Dissertação apresentada à Escola
Politécnica da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Mestre em
Ciências.

Área de concentração: Engenharia de
Produção

Orientador: Prof. Dr. Roberto Marx

São Paulo
2021

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

Catálogo na publicação
Serviço de Biblioteca e Documentação
Escola Politécnica da Unidade de São Paulo

Baba, Tiome Camila

Proposta de Modelo de Maturidade da Gestão do Conhecimento na Atenção Básica à Saúde do Estado de São Paulo/ Camila Tiome Baba ; 85 f.

Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Programa de Pós Graduação em Engenharia de Produção, Departamento de Engenharia de Produção, Escola Politécnica, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2021.

Nome: BABA, Camila Tiome

Título: Proposta de Modelo de Maturidade da Gestão do Conhecimento na Atenção Básica à Saúde do Estado de São Paulo

Dissertação apresentada ao Departamento de Engenharia de Produção da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciência.

Banca Examinadora

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Aos meus pais, pelo infinito amor, paciência e apoio ao longo da elaboração deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, gostaria de agradecer a Deus por ser sempre o meu guia e por ter me conduzido pelos melhores caminhos, apoios, necessidades e tudo em seu tempo certo.

À minha família que sempre me apoiou nos momentos bons e ruins. Nossa união sempre será minha referência na vida. Em especial, agradeço aos meus pais, Carlos e Elisa, que me deram todo o suporte necessário para a conclusão desse trabalho. Ao meu pai, que não pode ver a conclusão desse trabalho, mas que está e estará sempre cuidando de mim do céu. Vou guardar para sempre sua simplicidade e sua forma de ver os desafios de forma leve. Apesar de imensa tristeza de sua perda ao longo da minha jornada acadêmica, e que impactou diretamente meu desempenho nas atividades, sei que estarei fortalecida com esse processo. À minha mãe, por toda sua força, exemplo e dedicação. Os momentos de suporte e crítica foram essenciais para que eu trilhasse o melhor caminho possível. Com toda a certeza, esse trabalho não teria sido concluído sem o amor incondicional que recebi.

Ao meu irmão Renato, que está sempre ao meu lado mesmo de longe. Suas palavras sempre foram poucas, mas sempre muito sábias. Meu muito obrigada por ser o suporte que sustentou eu e minha mãe em momentos tão difíceis. Igualmente dirijo minha gratidão à sua esposa e minha amiga desde a infância, Lais. Por todos os momentos felizes e tristes que pude compartilhar com ela ao longo dos anos, agradeço todo o companheirismo. Agradeço também à minha sobrinha Layla, que não chegou ao mundo ainda, mas que já é infinitamente amada e que nos trouxe luz em momentos tão obscuros.

Ao meu marido, Leonardo que não mede esforços por mim. Começamos essa jornada do mestrado como namorados, depois noivos, e agora casados, para sempre. Mesmo que no início eu não acreditasse que fôssemos dar certo e afirmava que não era para planejarmos nossas vidas e tomarmos nossas decisões com base um no outro, hoje já não sei mais o que é viver sem você. Minha gratidão pela sua paciência, apoio, carinho, e amor, principalmente em forma de café gourmet e chocolate.

Aos meus amigos que estiveram comigo mesmo de longe e fizeram-me rir mesmo nos momentos mais difíceis da minha vida. Uma dedicação especial à minha

“sister” Isabela, que sempre tem as palavras que preciso ouvir. Ao meu grupo do coração Luiz, Maria, Rodrigo, Tainara, e, por incrível que pareça, Elekmilton. Pertencente a esse grupo também, mas que participou e participará das nossas risadas lá do céu, nosso querido Wagner. Por fim, agradeço ao meu “bixo” Leonardo, pelas longas ligações e palavras que me acalmam tanto. Acredito que não tenham noção do quanto são importantes na vida e do quanto me fazem bem.

À Associação Brasileira de Gerontologia, que me acolheu recém formada e que me ensinou muito sobre a trajetória acadêmica, minha eterna gratidão. Em especial à Eva Bettine que, com muito carinho e empatia, está constantemente me ensinando à toda a paciência que uma liderança deve ter.

Aos professores da Engenharia de Produção da Universidade de São Paulo que contribuíram para essa pesquisa. Em especial ao meu orientador Prof. Dr. Roberto Marx por sua infinita paciência comigo e com todas as dificuldades que eu trouxe por estar explorando uma área interdisciplinar.

À Universidade, Departamento e colegas que conheci durante todo o trajeto do mestrado, meu agradecimento por todas as experiências e aprendizados. Com certeza concluo essa fase de vida muito satisfeita com essas novas relações.

À todos que participaram dessa pesquisa e que colaboraram de alguma forma para a construção desse estudo, direta ou indiretamente. Em especial aos profissionais da área da saúde do SUS que estiveram e estão ainda se desdobrando por conta da pandemia de COVID-19.

Jamais, em todo o mundo, o ódio acabou com o ódio; o que acaba com o ódio é o amor.

Buda

RESUMO

BABA, Camila Tiome. Proposta de Modelo de Maturidade da Gestão do Conhecimento na Atenção Básica à Saúde do Estado de São Paulo. 2021. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Escola Politécnica, Departamento de Engenharia de Produção, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2021.

O conceito de Gestão do Conhecimento (GC) na área da saúde diz respeito ao "aproveitamento da sabedoria coletiva dentro de uma organização como um catalisador para aumentar a capacidade de resposta e de inovação". A GC eficaz na Atenção Básica (AB) de saúde pode impactar positivamente na eficiência de ações voltadas para promoção de saúde, o que acarreta na economia de gastos com doenças que precisam de cuidado de longo prazo, como diabetes e hipertensão. Nesse sentido, o objetivo desse trabalho é propor um Modelo para avaliação do grau de Maturidade da GC na AB do estado de São Paulo. Para isso, investigamos o contexto no qual a AB se insere, seu histórico e as especificidades do estado de São Paulo. Estudamos a literatura sobre conhecimento, GC, GC na área da saúde, Modelos de Maturidade e Viabilizadores. Propomos, então, um modelo de maturidade com cinco estágios de maturidade: inicial, replicável, definido, gerenciável e otimizado. Como forma de investigação desse modelo, propomos abordar a infraestrutura organizacional, as tecnologias, cultura e apoio da alta gerência. Para validação do modelo, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com sete profissionais de cinco unidades da AB que trabalham em ações de prevenção de doenças e promoção de saúde. Como principais achados, verificamos que o nível de maturidade da AB é "Replicável", tendo a necessidade de aprimorar a utilização das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC). Além disso, destacou-se o importante papel do Núcleo de Apoio da Saúde da Família (NASF) para a criação do conhecimento dentro da equipe. Destacou-se também a interação das unidades de saúde com a rede de saúde da região. Sobre a usabilidade do modelo proposto, notou-se que a abordagem da alta gerência não cumpriu as expectativas. Conclui-se, portanto, que o nível de maturidade da GC na AB do estado de São Paulo é "Replicável". Além disso, destaca-se a necessidade de melhorias no uso das TIC. Espera-se que o presente trabalho

possa contribuir para a literatura do tema, bem como sirva de embasamento para a elaboração de políticas públicas.

Palavras chave: Modelo de Maturidade, Gestão do Conhecimento, Atenção Básica.

ABSTRACT

BABA, Camila Tiome. Proposal for a Maturity Model of Knowledge Management in Primary Health Care in the State of São Paulo. 2021. Dissertation (Master in Production Engineering) - Polytechnic School, Department of Production Engineering, University of São Paulo, São Paulo, 2021.

The concept of Knowledge Management (KM) in the health area concerns the "use of collective wisdom within an organization as a catalyst to increase the capacity for response and innovation". Effective KM in Primary Health Care (PHC) can have a positive impact on the efficiency of actions aimed at health promotion, which results in savings in expenses with diseases that need long-term care, such as diabetes and hypertension. In this sense, the objective of this work is to propose a Model to assess the degree of Maturity of KM in PHC in the state of São Paulo. For that, we investigated the context in which PHC is inserted, its history and the specificities of the state of São Paulo. We studied the literature on knowledge, KM, KM in the health area, Maturity Models and Enablers. We then propose a maturity model with five stages of maturity: initial, replicable, defined, manageable and optimized. As a way of investigating this model, we propose to address the organizational infrastructure, technologies, culture and support from top management. To validate the model, semi-structured interviews were conducted with seven professionals from five PHC units who work on disease prevention and health promotion actions. As main findings, we found that the level of maturity of AB is "Replicable", with the need to improve the use of Information and Communication Technologies (ICT). In addition, the important role of the Family Health Support Center (NASF) for the creation of knowledge within the team was highlighted. The interaction between the health units and the health network in the region was also highlighted. Regarding the usability of the proposed model, it was noted that the top management approach did not meet expectations. It is concluded, therefore, that the level of maturity of KM in PHC in the state of São Paulo is "Replicable". In addition, there is a need for improvements in the use of ICT. It is hoped that the present work can contribute to the literature on the subject, as well as serve as a basis for the elaboration of public policies.

Key words: Maturity Model, Knowledge Management, Primay Health Care

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Esquema ilustrativo da estrutura do trabalho	22
Figura 2. Pirâmide tradicional do conhecimento.....	36
Figura 3. Pirâmide estendida de gestão do conhecimento.....	37
Figura 4. Processo SECI.....	40
Figura 5. Níveis de maturidade de GC	45
Figura 6. Oito áreas chave de GC.....	47
Figura 7. Roteiro de fases e pontos de decisão para desenvolver e avaliar graus de maturidade existentes	50

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Semelhanças e diferenças entre SUS e NHS	33
Tabela 2. Modelos de maturidade de GC, características e limitações	44
Tabela 3. Células de texto.....	54
Tabela 4. Ações de prevenção de doenças estudadas e profissionais entrevistados	58

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
CDS	Coleta de Dados Simplificado
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
ESF	Estratégia Saúde da Família
e-SUS AB	e-SUS Atenção Básica
GC	Gestão do Conhecimento
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TIC	Tecnologia da Informação e Comunicação

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
1.1 Apresentação do Tema, Justificativa e Objetivo.....	18
1.2 Estrutura do Trabalho	20
2. CONTEXTO E OBJETO DE PESQUISA.....	23
2.1 Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil	23
2.2 Atenção Primária e Atenção Básica	25
2.3 Estratégia Saúde da Família	28
2.4 Atenção Básica no Estado de São Paulo.....	30
2.5 Sistema de Saúde Inglês.....	32
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	35
3.1 Conceito de Conhecimento	35
3.2 Gestão do Conhecimento.....	38
3.2.1 Gestão do Conhecimento na Área da Saúde	41
3.3 Modelos de Maturidade da Gestão do Conhecimento	43
3.4 Viabilizadores da Gestão do Conhecimento.....	48
4. PROPOSTA DE MODELO DE MATURIDADE DA GESTÃO DO CONHECIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA BRASILEIRA.....	50
4.1 Método utilizado para o Desenvolvimento do Modelo	50
4.2 Desenvolvimento da Proposta de Modelo	51
5. METODOLOGIA	56
5.1 Seleção e Justificativa do Método de Pesquisa	56
5.2 Seleção dos Casos	57
5.3 Coleta e Análise de Dados	59
6. GESTÃO DO CONHECIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA	62
6.1 Infraestrutura Organizacional	62
6.2 Tecnologia.....	65
6.3 Cultura.....	66

6.4 Apoio da Alta Gerência.....	67
7 PRINCIPAIS ACHADOS E DISCUSSÃO	69
7.1 Análise das ações de prevenção de doenças e promoção de saúde.....	69
7.2 Nível de maturidade da GC na AB	70
7.3 Aplicação do Modelo de Maturidade da GC	72
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
8.1 Contribuições do Estudo	75
8.2 Limitações da Pesquisa e Oportunidades de Estudos Futuros	76
REFERÊNCIAS.....	78

1 INTRODUÇÃO

1.1 Apresentação do Tema, Justificativa e Objetivo

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), uma das metas para cumprir os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável é "reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis via prevenção e tratamento" (OMS, 2015). As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são definidas como doenças que exigem cuidado prolongado e são resultado da combinação de fatores genéticos, psicológicos, ambientais e hábitos de vida (OMS, 2018). Os tipos mais comuns de DCNT são as doenças cardiovasculares, como os acidentes vasculares cerebrais (AVCs), câncer, as doenças crônicas respiratórias, como a asma, e diabetes.

O maior acometimento de DCNT é reflexo direto dos hábitos de vida da população. A Pesquisa Nacional de Saúde realizada em 2013 apontou que apenas 22,5% da população adulta brasileira pratica atividade física nos níveis recomendados, e que quase 29% assiste televisão por três ou mais horas diariamente (BRASIL, 2014). Além disso, esse mesmo estudo demonstra que cerca de 21,3% da população apresenta diagnóstico de hipertensão arterial, 6,2% de diabetes, e 18,5% apresenta problema crônico de coluna (BRASIL, 2014). A mortalidade por DCNT representa a marca de dois terços do total de óbitos por causas conhecidas no país (BRASIL, 2018).

Como resposta a essa demanda, dentro do sistema de saúde público brasileiro existe a Atenção Básica (AB). Este nível de atenção à saúde é responsável pelas ações de prevenção de doenças e promoção de saúde no país. Dentre as diversas políticas públicas que compõe a AB, destaca-se a Estratégia Saúde da Família (ESF) como pilar para o planejamento e execução dessas ações. Essencialmente, essa estratégia propõe a construção de unidades de saúde compostas por equipes multidisciplinares que atuam em regiões estratégicas e realizam o acompanhamento de saúde da população local.

Além das melhorias para a saúde da população, as ações de prevenção de doenças têm grande custo-benefício para a economia (BERTRAM, et al., 2018), prevenindo desfechos negativos de alto custo causados por DCNT. Para além da constituição da equipe multidisciplinar, também é importante verificar como são

realizadas as ações de prevenção de doenças e a promoção de saúde, a fim de se atingir a melhor eficácia possível.

Para o planejamento e a implementação de tais ações, é necessária a integração de diferentes conhecimentos dos variados profissionais envolvidos, já que possuem formações e experiências diferentes. Contudo, existem muitas dificuldades durante esse processo, tanto internamente, na própria equipe, quanto no diálogo entre as organizações de saúde em relação à troca de conhecimentos (KISLOV; WALSH; HARVEY, 2012). Especificamente na AB brasileira, a equipe pode sofrer com falta de socialização e compartilhamento de informações e conhecimentos, o que pode comprometer a qualidade do serviço prestado (SANTOS; DAMIAN, 2019). Além disso, a rede de saúde pública ainda apresenta defasagem na capacidade de desempenho do conhecimento em casos de surtos pontuais (BEZERRA et al., 2017).

Uma forma de analisar a troca de conhecimentos é por meio da Gestão do Conhecimento (GC). Esse conceito pode ser definido como o manejo dos processos de produção, armazenamento, distribuição e utilização dos dados, informações e conhecimentos em uma instituição ou contexto específicos. No contexto da AB, o papel da GC é organizar toda a gama de dados, informações e conhecimentos necessários para a realização e monitoramento dessas ações.

Globalmente, já existem discussões sobre a necessidade de aprimoramento da GC na área da saúde. A Organização Mundial da Saúde em conjunto com as Organizações Panamericanas de Saúde, estabeleceu em 2018 um Plano de Ação sobre GC e comunicações. Nesse documento (OMS, 2018), foram definidos mecanismos para melhorias na saúde pública, entre os quais está o apoio para gerar informações científicas e visibilizá-las por intermédio de bancos de dados e repositórios.

Apesar da GC sempre ter existido na prática, seu desenvolvimento científico ainda é recente e, por isso, demanda aprimoramento (RAMOS; YAMAGUCHI; COSTA, 2019). Há também um crescimento no número de publicações sobre o assunto ao longo do tempo (BREZNIK; 2018), mas poucos estudos são na área da saúde. No Brasil, existe grande similaridade entre as práticas de GC e o conceito de humanização do SUS, uma das principais diretrizes da saúde pública brasileira (ROSENBERG; OHAYON; BATISTA, 2008). Dessa forma, estudar e aprimorar a GC no contexto de saúde coletiva no Brasil, é fomentar também uma de suas principais diretrizes.

Nesse sentido, os Modelos de Maturidade da GC são uma das possibilidades para se estreitar o caminho entre a literatura de GC e os resultados práticos, na medida em que se consegue identificar o estágio atual e fornecer passos para aprimoramentos futuros. A maturidade se refere ao acompanhamento de determinado objeto ao longo tempo, sendo seu modelo a estrutura que compõe os estágios desse processo (ESCRIVÃO; SILVA, 2020).

De acordo com a revisão bibliográfica de Oliveira e colaboradores (2020), os trabalhos voltados para o grau de maturidade da GC permeiam a área de exatas, especialmente a economia de negócios, engenharia e ciência da computação, sendo a área da saúde ainda pouco explorada nesse âmbito. Desse modo, estudos na área da saúde voltados para Modelos de Maturidade da GC com o fim de aprimorar os atendimentos à população e a gestão de recursos ainda são escassos, representado uma lacuna a ser explorada.

Sobre o contexto escolhido, o estado de São Paulo foi escolhido para o desenvolvimento desta pesquisa. Esse estado possui a maior capacidade instalada do sistema público de saúde, tendo 4,8 mil unidades pertencentes à AB, e a maior demanda direta desse nível de atenção é relacionada a DCNT (SÃO PAULO, 2016). Além disso, a grande heterogeneidade socioeconômica do estado permite a consulta de diferentes contextos e públicos.

A partir do exposto, o presente trabalho se propõe a responder a seguinte pergunta de pesquisa: Qual o grau de Maturidade da GC na AB do estado de São Paulo? O objetivo desse estudo, portanto, é propor um modelo para avaliação do grau de Maturidade da GC na AB do estado de São Paulo. Com base nisso, os objetivos específicos propostos são:

- (I) Revisar a literatura científica sobre GC com enfoque na área da saúde, em especial, em trabalhos na AB e/ou prevenção de doenças e promoção de saúde;
- (II) Propor um Modelo de avaliação do grau de Maturidade de GC em saúde a partir da literatura;
- (III) Compreender o funcionamento e o grau de Maturidade de GC na AB no estado de São Paulo.

1.2 Estrutura do Trabalho

Após a Introdução, o Capítulo 2 detalha o contexto e objeto de pesquisa, abordando brevemente a história do sistema público de saúde brasileiro e como o sistema está consolidado atualmente. Posteriormente, aprofunda-se na Atenção Primária e AB, com destaque para a política pública ESF, que compõe o contexto em termos de políticas públicas desta pesquisa. Destacam-se as informações principais da AB no estado de São Paulo, que formam o contexto e objeto de pesquisa do presente trabalho. Ao final, os sistemas de saúde públicos brasileiro e britânico são brevemente comparados.

O Capítulo 3 apresenta o referencial teórico para a construção do Modelo de Maturidade da GC. Esse capítulo é subdividido em quatro tópicos: (1) Conceito de Conhecimento, que discute os principais conceitos presentes na literatura; (2) Gestão do Conhecimento, que estabelece o conceito de GC para o presente trabalho e demonstra as especificidades de GC na área da saúde; (3) Modelos de Maturidade da GC, que discute os diferentes modelos presentes na literatura; e por fim, (4) Viabilizadores da Gestão do Conhecimento, que apresenta os viabilizadores citados na literatura, bem como elenca os mais importantes para a presente pesquisa.

O Capítulo 4 descreve o desenvolvimento da proposta de Modelo de Maturidade da GC, bem como suas escolhas metodológicas e bibliográficas.

No Capítulo 5 é apresentado o método utilizado para a aplicação da proposta de Modelo de Maturidade na AB, ou seja, explica-se como foi realizada a seleção e quais grupos de ações de prevenção de doenças foram escolhidos, e quais métodos de análise foram empregados.

O Capítulo 6 relata o levantamento de dados a partir da aplicação da proposta de Modelo de Maturidade na AB do estado de São Paulo. Esse capítulo foi dividido de acordo com cada item proposto pelo modelo.

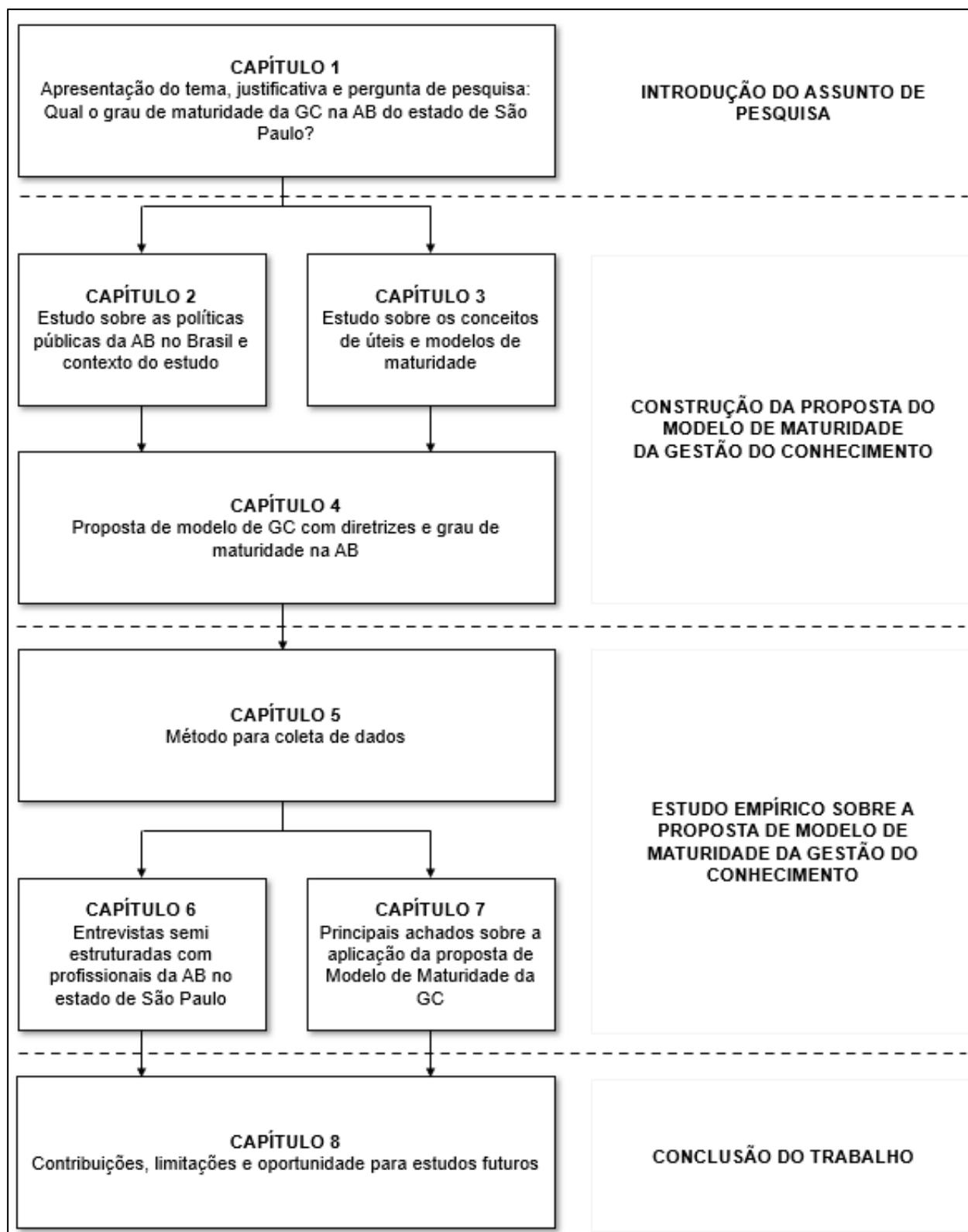
O Capítulo 7 apresenta os principais achados a partir da aplicação da proposta do Modelo de Maturidade da GC, bem como a aplicabilidade do próprio modelo.

No Capítulo 8 são apresentadas as contribuições desse trabalho, suas principais limitações e oportunidades para estudos futuros.

Ao final, são apresentadas as referências utilizadas para o desenvolvimento desta pesquisa.

A Figura 1 apresenta uma ilustração da estrutura da dissertação, os capítulos que a compõem e o agrupamento dos capítulos em seus objetivos.

Figura 1. Esquema ilustrativo da estrutura do trabalho



Fonte: Elaborada pela própria autora

2. CONTEXTO E OBJETO DE PESQUISA

Neste capítulo aborda-se o contexto no qual esta pesquisa está inserida. Primeiramente, descreve-se um breve histórico sobre o sistema público de saúde brasileiro, seus princípios e diretrizes. Posteriormente, investiga-se o atual panorama da atenção básica e de sua principal política pública vigente, a Estratégia Saúde da Família (ESF). Em seguida, descreve-se como é a AB no estado escolhido para a presente pesquisa, São Paulo. Ao final do capítulo, a comparação de forma sucinta dos sistemas públicos brasileiro e britânico foi realizada.

2.1 Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil

Criado em 1977, o principal órgão responsável pela assistência em saúde no Brasil era denominado Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Esse instituto beneficiava somente trabalhadores de economia formal e seus dependentes. Assim, na época, a população brasileira se dividia entre aqueles que tinham condições de pagar por serviços de saúde, outros que tinham direitos pela assistência prestada pelo INAMPS, e, por fim, aqueles que não possuíam nenhum direito (BRASIL, 2002).

Em meio à uma crise financeira durante a década de 70 e face à grande mobilização política denominada Movimento da Reforma Sanitária, o INAMPS começou a adotar medidas de ampliação dos serviços, dada também a alta demanda e os poucos recursos disponíveis (BRASIL, 2002). Isso aproximou ainda mais o caráter universal do sistema, culminando na instituição do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). Em 1988, instituiu-se a Constituição Federal brasileira, documento que estabeleceu a saúde como um direito social e dever do Estado, dos municípios e Distrito Federal. De acordo com o documento, as políticas sociais e econômicas deveriam garantir a diminuição do risco de doenças e agravos, fornecendo acesso universal e equitativo voltados para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído pela Lei nº 8080 em 1990, também conhecida como Lei Orgânica da Saúde, que possui conjuntos de ações para promoção, proteção e recuperação da saúde – cumprindo, assim, o direito social promulgado pela Constituição Federal. Com sua criação, o SUS proporcionou acesso

universal à saúde, tornando-se um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde do mundo. Os três princípios que norteiam todas as ações exercidas pelo SUS são (BRASIL, 2017):

- *Universalização*: o acesso à saúde é direito garantido para todas as pessoas, independentemente de seu sexo, raça, ocupação ou quaisquer outras características sociais ou pessoais;
- *Equidade*: com o objetivo de diminuir as desigualdades, esse princípio significa dar maior atenção àqueles que mais necessitam dela, investindo mais em áreas onde a carência de saúde é maior.
- *Integralidade*: esse princípio pressupõe do cuidado da saúde global do indivíduo, sem segmentá-lo, propondo assim, a integração de ações de promoção de saúde, prevenção de doenças, tratamentos e reabilitações.

Além disso, o sistema conta com um conjunto de diretrizes organizativas que auxiliam na viabilização das atividades (BRASIL, 2017). Para que ocorra a organização dos serviços em níveis crescentes de complexidade voltados para determinada região geográfica, planejados com base em critérios epidemiológicos, são propostas as diretrizes de *regionalização* e *hierarquização*. A *regionalização* diz respeito à articulação da rede de serviços local, enquanto a *hierarquização* propõe a divisão sobre os níveis de atenção à saúde, tornando acessível os serviços requeridos pelo grau de complexidade de cada caso.

A *descentralização* torna as três esferas de poder (federal, estadual e municipal) como principais responsáveis por fornecer as condições necessárias para a manutenção do sistema de saúde. Simultaneamente, o *comando único* torna cada esfera soberana sobre suas decisões.

A *participação* da população também é uma importante diretriz organizativa. A sociedade tem o dever também de participar ativamente dos processos decisórios do sistema, através dos Conselhos e Conferências de Saúde que têm como principal objetivo elaborar estratégias, controlar e avaliar a execução das políticas públicas.

O SUS é dividido em três níveis de complexidade, conforme recomendado pela Organização Mundial da Saúde: Atenção Básica, Atenção Secundária e Atenção Terciária. A Atenção Básica engloba um conjunto de ações que abrangem promoção e proteção da saúde, zelando pela saúde integral das coletividades. Já as Atenções Secundária e Terciária envolvem procedimentos que podem necessitar de recursos

altamente tecnológicos e, portanto, de maior custo, pois possuem o propósito de fornecer serviços qualificados em casos de maior complexidade.

Esse tópico teve como objetivo descrever brevemente a história do SUS, seus princípios e diretrizes, além dos seus níveis de complexidade. É importante frisar a cronologia de construção do sistema público de saúde brasileiro. O SUS é recente, tendo pouco mais de 30 anos, e por isso, ainda está em fase de implementação em todas as suas complexidades. Também é necessário ressaltar que o SUS foi criado primariamente para diminuir desigualdades no acesso à saúde, uma vez que é um direito garantido pela Constituição Federal. Diante desse contexto, à frente são abordadas especificamente a Atenção Básica (AB) e as políticas públicas que a sustentam.

2.2 Atenção Primária e Atenção Básica

Segundo estudo de Correia (2010), os termos Atenção Primária (AB) e Saúde da Família, apesar de serem diferentes, são utilizados como sinônimos no contexto brasileiro por indicarem o nível do serviço a que se referem. Historicamente, o termo "Atenção Básica à Saúde" foi empregado pelo Movimento Sanitário Brasileiro para se contrapor à ideia reducionista do termo "Atenção Primária à Saúde", tendo o primeiro termo maior abrangência em relação à construção de um sistema de saúde universal (CECÍLIO; REIS, 2018; GIOVANELLA, 2018). De acordo com o documento do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (BRASIL, 2007), a AB é um termo mais amplo utilizado para designar a Atenção Primária que engloba as propostas da Saúde da Família e de outros cuidados primários de saúde.

A AB é definida pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2017) como:

"conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária."

A AB, portanto, é considerada a porta de entrada para o SUS, possuindo alto grau de descentralização e grande capilaridade, sendo o nível que deveria ter o maior

vínculo com a população. Esse nível de atenção zela pela promoção e proteção da saúde, pela prevenção de agravos, redução de danos e manutenção da saúde. Além disso, esse nível de complexidade é responsável por ser o centro de comunicação de toda a rede de saúde através de processos de referência e contrarreferência.

Assim como toda a estrutura do SUS, a AB também é de responsabilidade das esferas federais, estaduais e municipais. De acordo com a PNAB, as três esferas são responsáveis por contribuir em questões relacionadas à gestão dos dados, informações e conhecimentos, como destacado a seguir:

- Desenvolver, disponibilizar e implantar os sistemas de informações da Atenção Básica de acordo com suas responsabilidades;
- Planejar, apoiar, monitorar e avaliar a Atenção Básica;
- Estabelecer mecanismos de controle, regulação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados pelas ações da Atenção Básica, como parte do processo de planejamento e programação;
- Divulgar as informações e os resultados alcançados pela Atenção Básica;
- Promover o intercâmbio de experiências e estimular o desenvolvimento de estudos e pesquisas que busquem o aperfeiçoamento e a disseminação de tecnologias e conhecimentos voltados à Atenção Básica.

Observa-se também que o funcionamento e a estrutura da AB são de responsabilidade desses três níveis de poder, com destaque para a responsabilização sobre o financiamento, monitoramento e toda a infraestrutura, bem como para o comprometimento em desenvolver, disponibilizar e implantar os sistemas de informação.

A PNAB também institui diretrizes sobre as atribuições legais dos membros das equipes de AB comuns a todos os profissionais, nas quais destacam-se:

- Manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação indicado pelo gestor municipal e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;
- Participar do acolhimento dos usuários realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde, procedendo à primeira avaliação (classificação de

risco, avaliação de vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos) e identificação das necessidades de intervenções de cuidado, proporcionando atendimento humanizado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo;

- Realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;
- Realizar reuniões de equipes a fim de discutir em conjunto o planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;
- Acompanhar e avaliar sistematicamente as ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho;
- Garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação na Atenção Básica;
- Participar das atividades de educação permanente.

Destacaram-se todos os tópicos que envolvem a captação, armazenamento e aplicação de conhecimento na AB. Isso demonstra que todos os membros da equipe têm o dever de serem envolvidos na gestão dos dados, informações e conhecimentos da unidade. Dessa forma, a PNAB é clara em atribuir responsabilidade a todos os membros da equipe sobre os processos de GC.

Segundo dados do Ministério da Saúde de julho de 2020, a AB possui uma cobertura de quase 75,8% do país, correspondendo a aproximadamente 159 milhões de pessoas (BRASIL, 2020). A AB é composta por diversas estratégias para implementar suas ações de acompanhamento, promoção de saúde e prevenção de doenças. Algumas políticas norteadoras dessas ações são: Política Nacional de Saúde Bucal; Política Nacional de Alimentação e Nutrição; Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares; Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde; Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB); Programa Telessaúde Brasil Redes; Equipes de Consultórios na Rua; Programa Saúde na Escola (PSE); e a Estratégia Saúde da Família (ESF).

A partir do exposto, primeiramente estabelecemos que o conceito utilizado para determinar o contexto do presente trabalho é "Atenção Básica". Além disso, apresentamos as principais políticas que suportam a AB, enfatizando que os três

poderes (federal, estadual e municipal) são igualmente responsáveis pela gestão dos dados, informações e conhecimentos de toda a rede que compõe a AB, assim como os profissionais que atuam nela. No próximo tópico abordamos uma das principais políticas públicas da AB: a Estratégia Saúde da Família.

2.3 Estratégia Saúde da Família

Criada em dezembro de 1993, a ESF é a principal estratégia do Ministério da Saúde para reorganizar a AB a partir do favorecimento da expansão, qualificação e consolidação da rede de saúde, além da relação custo-benefício ser importante, uma vez que a prevenção é menos custosa que os tratamentos de alta complexidade, por exemplo (BRASIL, 2012). Essencialmente, a ESF constitui-se pela Equipe de Saúde da Família com um quadro multiprofissional mínimo de um médico e um enfermeiro generalistas, um auxiliar ou técnico em enfermagem e de Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A quantidade de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% das áreas de abrangência da unidade de saúde (BRASIL, 2012). As atividades básicas exercidas por essas equipes são (BRASIL, 2017):

- Conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis e identificar os problemas de saúde mais comuns, bem como situações de risco às quais a população está exposta;
- Executar, de acordo com a qualificação de cada profissional, os procedimentos de vigilância à saúde e de vigilância epidemiológica, nos diversos ciclos da vida;
- Garantir a continuidade do tratamento, pela adequada referência do caso;
- Prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda, buscando contatos com indivíduos sadios ou doentes, visando promover a saúde por meio da educação sanitária;
- Promover ações intersetoriais e parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas;
- Discutir, de forma permanente, junto à equipe e à comunidade, o conceito de cidadania, enfatizando os direitos de saúde e as bases legais que os legitimam;

- Incentivar a formação e/ou participação ativa nos conselhos locais de saúde e no Conselho Municipal de Saúde.

A ESF também propõe um grupo de apoio para as equipes de Saúde da Família chamado Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Esse grupo é composto por profissionais de diferentes áreas do conhecimento de saúde, com o objetivo de ampliar o escopo das ações da AB. Os profissionais pertencentes à essa equipe podem ter as seguintes formações: médico(a) acupunturista, assistente social, profissional/professor(a) de educação física; farmacêutico(a), fisioterapeuta, fonoaudiólogo(a), médico(a) ginecologista/obstetra, médico(a) homeopata, nutricionista; médico(a) pediatra, psicólogo, médico(a) psiquiatra, terapeuta ocupacional, médico(a) geriatra, médico(a) internista (clínica médica), médico(a) do trabalho, médico(a) veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitaria (BRASIL, 2012).

As equipes NASF devem atuar de forma integrada às unidades de saúde da AB, fomentando o compartilhamento de práticas e saberes em saúde, apoiando as ações matriciais das unidades a que estão vinculadas. Dessa forma, as equipes não são constituídas como serviços de unidades físicas independentes, mas agem como corresponsáveis junto com as Equipes Saúde da Família ou Equipes de Atenção Básica.

Alguns conceitos que embasam a prática das equipes NASF são trazidos pelo Caderno de Atenção Básica nº 39 (BRASIL, 2014):

- Territorialização e responsabilidade sanitária: a equipe deve conhecer a realidade sanitária através de raciocínio clínico, epidemiológico e sociopolítico, a fim de identificar demandas de promoção e proteção da saúde coletiva;
- Trabalho em equipe: recomenda-se que as ações desenvolvidas pelas equipes sejam colaborativas, múltiplas e interdependentes afim de potencializar a capacidade analítica e interventiva em cada área. Além disso, os diferentes profissionais especializados em suas respectivas áreas devem complementar o trabalho da equipe em si e das equipes que apoiam;
- Integralidade: para o cuidado integral da saúde, é indicado que os profissionais tenham práticas que aumentem o grau de autonomia dos usuários, e direcionem a redução de danos, riscos e vulnerabilidade;

- Autonomia dos indivíduos e coletivos: a potencialidade da autonomia deve ser um dos principais resultados das ações promovidas pela equipe.

Além do cuidado com os usuários das unidades de saúde, a equipe NASF deve aumentar a capacidade de ações das equipes que apoiam de maneira cooperativa e horizontal. Ou seja, a equipe deve fornecer apoio pedagógico de forma que a equipe de saúde tenha maior autonomia.

Até dezembro de 2018, constatou-se que a ESF possuía cobertura de 64,1%, o que equivale aproximadamente a 133 milhões de indivíduos (BRASIL, 2018). Isso demonstra que a estratégia não tem alcance total da população, visto que a estimativa populacional para o mesmo ano era de aproximadamente 208 milhões de pessoas (IBGE, 2018). Além disso, dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica mostram incipiência na realização de ações de promoção de saúde, além da baixa taxa de registros comprobatórios das atividades (MEDINA et al., 2014), indicando que a ESF ainda carece de maior área de cobertura e acompanhamento das ações executadas.

Diante do exposto, observamos que a ESF é a política que introduz as equipes Saúde da Família e os NASF no cenário da AB, sendo o principal pilar de cuidado desse nível de cuidado. Além disso, observamos que essa estratégia carece de maior área de cobertura e acompanhamento das ações executadas. A seguir, discute-se o panorama atual da AB no estado de São Paulo, onde a presente pesquisa foi conduzida.

2.4 Atenção Básica no Estado de São Paulo

De acordo com o Plano Estadual de Saúde elaborado pela gestão 2020 – 2023 da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, o referido estado possui 3% do território nacional, 21% da população total do país (44,2 milhões de habitantes) e 31,5% do PIB nacional (R\$ 2 trilhões). Esses números indicam que, apesar do pequeno território, o estado possui alta densidade demográfica e financeira. O mesmo documento destaca que cerca de 39% da população paulista possuía planos privados de saúde suplementar em 2018. Dessa porcentagem, aproximadamente 44,8% vive na região da Grande São Paulo, demonstrando grande diferenças regionais em um mesmo estado. Apesar disso, constatou-se que a cobertura dos planos de saúde tem

se reduzido desde 2013. Consequência a isso, a população do estado tem recorrido mais frequentemente aos serviços do SUS. O Plano Estadual de Saúde também apresenta a presença do SUS no estado. São Paulo possui a maior capacidade instalada do país, com 4,4 mil unidades da AB, 554 hospitais, 1,6 mil ambulatórios de especialidades e 347 unidades de pronto socorro e pronto atendimento. Tais números sugerem que há uma grande consolidação da rede pública de saúde no estado.

Em função da alta demanda e das especificidades de cada região, a Secretaria de Saúde do Estado subdividiu a administração local em dezessete Departamentos Regionais de Saúde (DRS), tendo a secretaria de saúde como responsável pela articulação entre eles. Além disso, existem três fundações que são de responsabilidade do estado: Remédio Popular (FURP), que realiza pesquisas, desenvolvimento, fabricação e distribuição de determinados medicamentos; Oncocentro de São Paulo, que assessora a política de câncer no Estado; e, por fim, o Pró-Sangue Hemocentro de São Paulo, que realiza pesquisas e fornece serviços hemoterápicos (CONASS, 2020).

No que se refere à AB presente no estado de São Paulo, a ESF começou a ser implementada em meados de 1996 e, segundo dados de julho de 2020, a AB cobre atualmente 61,6% da população do estado, sendo a cobertura da ESF de 38,9% da população no mesmo período (BRASIL, 2020). Essa diferença de cobertura ocorre dada a existência de uma rede de saúde anterior a instalação da ESF. Apesar da taxa de cobertura ser menor que a média nacional por estado (aproximadamente 81%), a cobertura do estado de São Paulo é a maior em números absolutos em estimativa populacional, sendo que a AB cobre cerca de 28 milhões de pessoas e a ESF, quase 18 milhões (BRASIL, 2020).

Segundo dados da Secretaria do Estado de São Paulo (2016), a maior parte das demandas da AB possuem relação direta com doenças crônicas não transmissíveis, como por exemplo hipertensão arterial, Diabetes Mellitus, asma, e doença pulmonar obstrutiva crônica. Além disso, queixas crônicas mal definidas e acompanhamento gestacional são outras demandas recorrentes na AB

Deve-se ressaltar, contudo, que durante a pandemia da COVID-19, a maioria das unidades de saúde do estado apresentaram redução no atendimento de condições crônicas, tanto nos agendamentos quanto na procura espontânea (SÃO PAULO, 2020). Diante desse novo contexto, a Secretaria de Saúde formulou um novo fluxograma de atendimento para acolher e acompanhar esses casos, considerando

as regras recomendadas para o atual contexto, além do acompanhamento da população prioritária como crianças, gestantes e puérpera, pessoas com algum acometimento de saúde mental e pessoas idosas.

Nesse tópico verificamos que o Estado de São Paulo possui a maior capacidade instalada do SUS, sendo a maior cobertura de AB e ESF em população absoluta do país. O próximo tópico trará um breve histórico do sistema público de saúde inglês, e fará uma comparação entre esse sistema e o brasileiro.

2.5 Sistema de Saúde Inglês

Segundo estudo de Duncan e colaboradores (2015), o *National Health Service* (NHS), sistema de saúde público inglês, foi criado em 1948, cinquenta anos antes do SUS, sendo parte da política pós II Guerra Mundial de “bem estar” (“*welfare settlement*”). O NHS engloba os quatro países que compõe o Reino Unido: Inglaterra, País de Gales, Escócia e Irlanda do Norte (DUNCAN et al., 2015). No entanto, a partir de 1997, cada país se tornou responsável pelo seu respectivo NHS (HONE, 2018).

Tanto o sistema britânico quanto o brasileiro foram construídos com os mesmos pilares: universalidade, integralidade e gratuidade. Muitos estudiosos acreditam que por essa similaridade, o sistema brasileiro pode ter sido inspirado no sistema inglês.

Segundo a análise comparativa realizada por Nicoletti e Faria (2017), a adaptação sobre as realidades socioeconômicas e epidemiológica nos dois sistemas ao longo do tempo foi diferente. No SUS, houve o aumento na participação de municípios e estados no financiamento dos gastos em saúde. Já no NHS, o imposto se manteve na esfera federal, sendo as estâncias regionais as principais responsáveis pela execução e contratação nos serviços. As autoras também destacaram as principais semelhanças e diferenças entre os dois sistemas, de acordo com o apresentado na Tabela 1.

Tabela 1. Semelhanças e diferenças entre SUS e NHS

	SUS	NHS
Doutrinas	Universalidade Equidade Integralidade	Universalidade Equidade Integralidade
População atendida	Aproximadamente 207 milhões de pessoas	Aproximadamente 54 milhões de pessoas
Gasto do PIB	8,3% do PIB do Brasil	9,1% do PIB do Reino Unido 87% repassado para o NHS inglês
Financiamento	Coleta de Imposto Aumento da participação estadual e municipal (Descentralização)	Coleta de Imposto Repasse da verba da esfera nacional para as unidades regionais por um critério per capita
Participação do setor privado	Crescente participação Percentual de participação privada: 25%	Crescente participação Percentual de participação privada: 13%
Atenção Primária	Prioridade recente Cobertura abaixo de 50% (dados de 2012)	Prioridade do sistema desde a criação do NHS Cobertura efetiva
Equipe Multiprofissional	Estabelecida em documentos oficiais Fraco na prática Saúde centrada no médico	Estabelecido em documentos oficiais Forte na prática Enfermeiros e farmacêuticos possuem papel de destaque
Acesso a medicamentos	Medicamentos e tratamento por meio de Componentes Básicos, Estratégico e Especializado Programa Farmácia Popular Incentivos a genéricos	Cofinanciamento Isenção de prescrições Incentivo a genéricos
Principal problema atual	Falta de qualificação dos gestores regionais Diminuição da participação federal na gestão e financiamento do SUS	Crise europeia de 2009 Corte de gastos do sistema

Fonte: Nicoletti; Faria (2017, p. 324)

Na Tabela 1, destacamos a maior utilização da porcentagem do PIB nacional para o NHS, sendo a quantidade de pessoas atendidas numericamente menores. Além disso, notamos também a maior participação do setor privado na saúde pública brasileira. Outro destaque importante é a Atenção Primária no Brasil ser prioridade recente, sendo um país em rápida transição demográfica.

O NHS é organizado em três principais áreas: serviços hospitalares especializados, serviços qualificados como *General Practitioner* (GP) e de saúde pública. O nível de atendimento da AB brasileira é similar aos serviços enquadrados por GP, no qual os cuidados médicos são primários e contínuos e não restritos a uma área específica da saúde (GUSSO; BENSENOR; OLMOS, 2012).

Um dos aprendizados que o Brasil pode extrair a partir da experiência britânica é a construção de novos modelos de atendimento integrado que melhor atendam às necessidades locais, bem como a melhor interação da atenção primária com a rede de saúde (HONE, 2018). Portanto, um aspecto para melhoria do sistema brasileiro de saúde seria a integração da atenção primária entre os outros componentes da rede de saúde, principalmente com a melhora do sistema de referência e contrarreferência, já é proposto na teoria, porém pouco executado.

Nesse tópico buscou-se apresentar superficialmente o sistema de saúde britânico, no qual possivelmente inspirou a criação do sistema brasileiro de saúde. Observamos que apesar da população muito menor, o sistema britânico destina maior porcentagem do PIB nacional. Além disso, foi constatada que a integração da atenção primária com o restante da rede de saúde nacional como uma possível lição do sistema britânico para o brasileiro.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

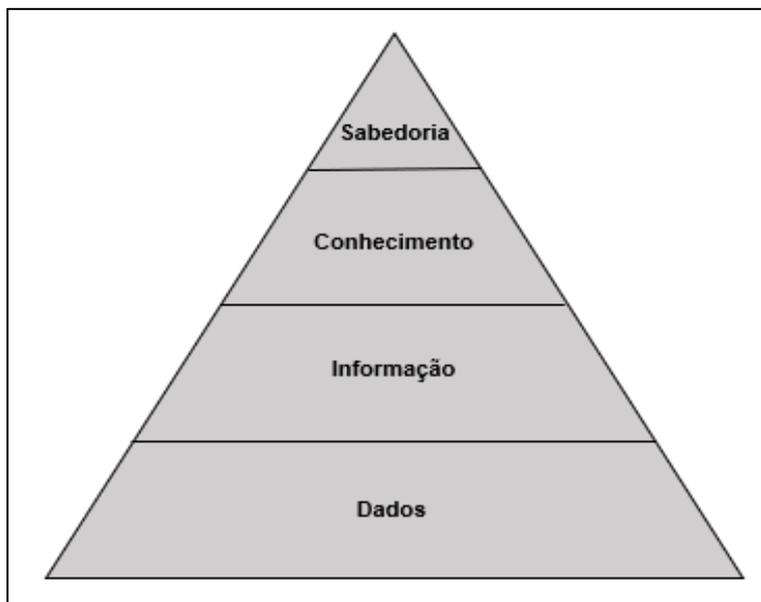
3.1 Conceito de Conhecimento

Com o avanço da Era Digital, nota-se uma grande produção de diversos tipos de dados. A partir deles, é possível obter auxílio para a criação de novas informações e conhecimento. Boisot e Canals (2004) esclarecem que *dados* são parâmetros que podem ser quantificáveis, a *informação* diz respeito à semântica, e o *conhecimento* advém de interpretações. Tais conceitos também foram explorados por Bellinger, Castro e Mills (2004), que exemplificam *dados* como símbolos, *informações* como o dado processado, e *conhecimento* como a aplicação dos dados e das informações.

Atualmente, esses conceitos foram refinados a partir de novas reflexões e das mudanças tecnológicas: *dados* são interpretações da realidade puramente descritivas, *informação* é a interpretação da realidade com um objetivo, e *conhecimento* é a interpretação dos significados e dos processos da existência (FAUCHER; EVERETT; LAWSON, 2008). Para Kebede (2010), o *conhecimento* é a manifestação da informação que inclui também os dados que a embasam.

Com a era tecnológica, esses conceitos ganharam um novo sentido quando inseridos no contexto computacional. Para Schumaker (2011), *dados* são as diferenças observáveis, obtidos em grande volume, mas não são úteis por si só; *informações* são os dados transformados em valores práticos através da identificação de relações; e, por fim, *conhecimentos* advêm de informações relacionadas e que formam um conjunto de expectativas ou regras. Classicamente, a relação entre esses conceitos é representada pela pirâmide do conhecimento, conforme Figura 2.

Figura 2. Pirâmide tradicional do conhecimento



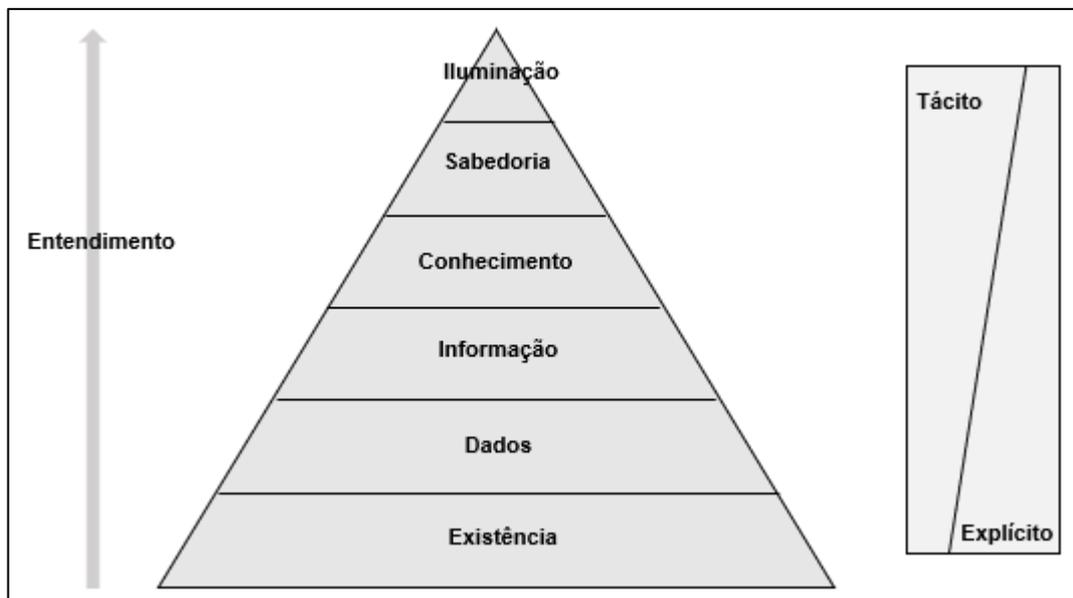
Fonte: Faucher; Everett; Lawson (2008, p. 7)

Nela, é possível notar que os *dados* formam a base da pirâmide, portanto estão em maior quantidade, que geram as *informações*, *conhecimentos* e por fim, no topo tem-se a formação da *sabedoria*. Segundo os autores, a *sabedoria* pode ser considerada como o conhecimento processado de diferentes maneiras.

Existem vários adjetivos qualificadores para os tipos de conhecimento, como: implícito e explícito, codificável e não codificável, sistemático, informal. A caracterização mais comum encontrada na literatura é a classificação dicotômica: o *conhecimento tácito*, que compreende o âmbito das experiências, ações, ideias, valores e emoções; e o *conhecimento explícito*, que é aquele que está, de alguma forma, documentado por meio de textos, arquivos, imagens, sons (NONAKA; TAKEUCHI, 1995).

Cabe ressaltar que não há relação sobre o grau de importância de cada tipo de conhecimento, sendo tanto o conhecimento tácito quanto explícito essenciais para o funcionamento das organizações. A relação entre esses tipos de conhecimento e a pirâmide tradicional do conhecimento pode ser vista na Figura 3.

Figura 3. Pirâmide estendida de gestão do conhecimento



Fonte Faucher; Everett; Lawson (2008, p. 9)

Nela, observa-se o acréscimo de uma base maior nomeada como *existência* e ao topo, acima de *sabedoria*, foi acrescentado o conceito de *iluminação*, sendo ambos considerados pelos autores como estados que limitam todo o sistema do conhecimento, não fazendo parte da construção cognitiva dos demais conceitos presentes no interior da pirâmide (FAUCHER; EVERETT; LAWSON, 2008). Quanto mais próximo do topo da pirâmide, maior é o entendimento. Portanto, quanto mais perto do topo da pirâmide, maior o predomínio do conhecimento tácito sobre o explícito (FAUCHER; EVERETT; LAWSON, 2008).

Para Alavi e Dorothy (2001), o conhecimento é resultante do processamento cognitivo desencadeado por algum estímulo. Uma das implicações para essa definição é da subjetividade humana no entendimento do conhecimento, ou seja, para se chegar a uma mesma interpretação, há a necessidade de se ter determinada base de conhecimento. Segundo os mesmos autores, o conhecimento pode ser entendido através de várias perspectivas como:

- Um estado da mente: o conhecimento é adquirido com a experiência ou estudo; seria a soma ou a extensão do que foi percebido, descoberto ou aprendido;
- Um objeto: o conhecimento pode ser tratado como um objeto que pode ser guardado e manipulado;

- Um processo: essa perspectiva propõe o processo simultâneo de conhecer e agir, focando em especialidades;
- Uma condição para se ter acesso à informação: como uma extensão de olhar o conhecimento como um objeto, essa perspectiva propõe a acessibilidade e a recuperação do conhecimento;
- Uma capacidade: o conhecimento como influenciador de ações futuras, não sendo responsável por uma atividade específica, mas a capacidade de utilizar as informações.

Essas diferentes perspectivas determinam diferentes maneiras de se realizar a GC em uma organização. Dessa forma, existem várias abordagens que a GC pode ter, além das diferentes perspectivas com que o conceito pode ser interpretado.

Para o presente trabalho, o *conhecimento* é definido como aquilo que foi obtido a partir da interpretação de alguma *informação*, sendo *informação* a interpretação de *dados*. A partir dessa discussão, à frente são tratados os conceitos de GC em suas diferentes aplicações e abordagens.

3.2 Gestão do Conhecimento

Na literatura são encontradas várias definições do conceito de Gestão do Conhecimento (GC). Aqui são discutidas as principais denominações de GC, nas mais variadas abordagens, com o objetivo de definir aquela que melhor se encaixa para este trabalho. Além disso, discute-se o conceito de modelo, apresentando-se os principais modelos de GC presentes na literatura.

De acordo com Oliva (2014), o conceito de GC surgiu na década de 80 quando empresários e pesquisadores notaram a importância do conhecimento para a área de administração de negócios. A partir desse momento, surgiram vários estudos tendo o conhecimento como objeto de pesquisa.

Para Bezerra (2017), a GC agrega estratégias de desenvolvimento, aprimoramento, disseminação e uso do conhecimento para influenciar ações e decisões no contexto organizacional. Portanto, a GC propõe a sistematização do conhecimento presente nas organizações para melhoria de processos e desempenho.

Uma visão complementar a esse estudo, é o artigo de Kebede (2010) que define GC como:

“ (...) é uma **gestão sistemática e proposital** do conhecimento e dos processos e ferramentas associados, com o objetivo de realizar plenamente o **potencial do conhecimento** na tomada de decisões eficazes, resolução de problemas, facilitando inovações e criatividade e alcançando **vantagem competitiva** em todos os níveis (pessoal, em grupo, organização, país e assim por diante).”

Nesse estudo, explora-se o potencial do conhecimento em suas aplicações dentro de uma organização, e como a GC que pode resultar em uma diferencial da instituição dentro de diferentes contextos.

Segundo Stewart e Ruckdeschel (2008), em uma empresa, o conjunto de conhecimentos formam o Capital Intelectual da organização, conceito composto por três tipos de capital: o Capital Humano, que se refere às características dos indivíduos da empresa agregadas como vantagens competitivas; o Capital Estrutural, que é algum conhecimento de propriedade exclusiva ou restrita à empresa; e o Capital Externo, que é visto como resultado das relações das empresas com seus clientes, fornecedores ou concorrentes. Segundo os autores, a função da GC é articular os três tipos de Capital para melhoria e manutenção contínuas da empresa. Esse conceito, além de abordar as questões internas das organizações e engloba a vantagem competitiva nos resultados de GC, também abrange as relações externas à organização.

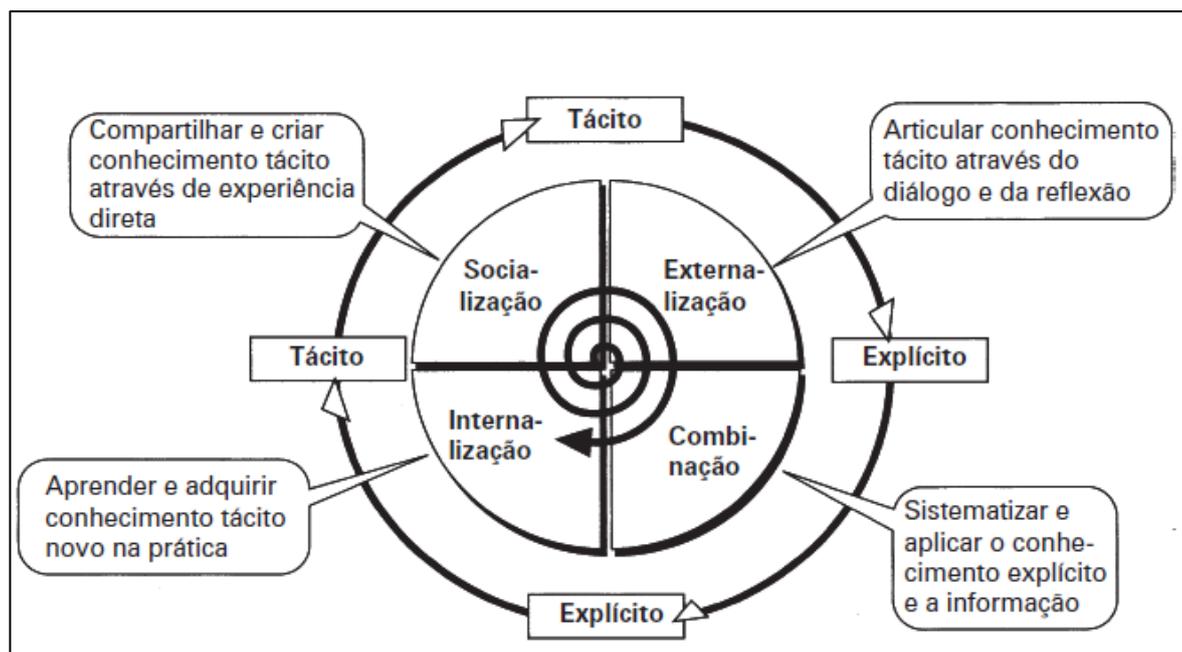
Para Rocha e colaboradores, a GC é composta por um conjunto de processos (gerar, armazenar, distribuir e utilizar) relacionados ao conhecimento, e seu principal objetivo é promover o crescimento, desenvolvimento, comunicação e preservação do conhecimento organizacional. Do ponto de vista do indivíduo, o objetivo de GC é desenvolver habilidades singulares na organização, além de produzir conhecimento competitivo (GAO; LI; CLARKE, 2008).

Para além dos conceitos, a literatura apresenta diferentes formas de se abordar a GC. Uma das principais formas é explorando a criação/geração do conhecimento pelas organizações.

Para Takeuchi e Nonaka (1995), a criação do conhecimento possui quatro etapas definidas: socialização, externalização, combinação e internalização. Esse conjunto de etapas foi nomeado Processo SECI, sendo a socialização referente a criação de conhecimento tácito a partir de experiência direta; externalização, a articulação do conhecimento tácito por meio de diálogos e reflexões para indivíduos

ou grupos; combinação é refere-se à sistematização e aplicação do conhecimento explícito; e, por fim, a internalização refere-se ao aprendizado de novo conhecimento tácito de forma prática. Sua representação cíclica em espiral é representada na Figura 4.

Figura 4. Processo SECI



Fonte: Takeuchi; Nonaka (2008, p. 24)

A proposta dos autores demonstra tanto o movimento cíclico dos tipos de conhecimento (tácito e explícito), em que os processos desenvolvem, quanto o movimento espiral, que ilustra o acréscimo de conhecimento à determinada organização.

A partir desse estudo, outros trabalhos que propõe relacionar a criação do conhecimento com outros fatores como a eficácia da GC percebida (SABHERWAL; BECERRA-FERNANDEZ, 2003), viabilizadores e performance organizacional (LEE; CHOI, 2003), também foram identificados.

Para além da criação do conhecimento, existem autores que avaliam outros processos da GC. Para Abualoush e colaboradores (2018), os processos de GC se referem a um conjunto de procedimentos e atividades que auxiliam na aquisição, descoberta, organização, e disseminação do conhecimento. Assim como em

Abualoush e colegas (2018), a revisão bibliográfica de Alavi e Leidner (2001) demonstrou que a GC pode ser dividida em:

- Criação/construção/geração do conhecimento: envolve o desenvolvimento de um novo conteúdo ou a substituição de um conhecimento tácito ou explícito.
- Armazenamento/Recuperação: fortemente relacionado à memória organizacional, esse processo inclui qualquer formato de acúmulo de memória, como por exemplo, a escrita de documentos, estruturação de informações, e bases de dados;
- Transferência de conhecimento: esse processo pode ocorrer entre indivíduos, grupos ou organizações, e consiste em transmitir o conhecimento para o local onde é útil. A maior parte da literatura focada na transferência de conhecimento, é voltada para os canais de transmissão, como as Tecnologias da Informação (TI);
- Aplicação de conhecimento: esse processo consiste na utilização prática do conhecimento e, geralmente, garante vantagem competitiva para as organizações.

Essa divisão da GC auxilia tanto na organização dos estudos sobre o tema quanto na identificação das principais potencialidades e pontos de melhoria. Cabe ressaltar também é uma divisão puramente acadêmica, para fins didáticos de entendimento da realidade.

Destacou-se nesse tópico que a criação do conhecimento é uma das etapas de GC mais exploradas na literatura e que abriu caminho uma forma de se estudar a GC é dividindo-a em processos: criação, armazenamento, transferência e aplicação do conhecimento. A seguir, a mesma exploração é realizada no que se refere à GC na área da saúde.

3.2.1 Gestão do Conhecimento na Área da Saúde

Segundo o site Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), o conceito de GC é "Aproveitamento da sabedoria coletiva dentro de uma organização como um catalisador para aumentar a capacidade de resposta e de inovação." Nesse mesmo site, o termo GC para a Pesquisa em Saúde é o "Sistema que organiza os fluxos de informação, externos e internos, e propicia a geração, apropriação, intercâmbio e uso

de conhecimentos necessários para aumento da eficácia da investigação em ciência e tecnologia em saúde". Para além do conceito, isso mostra que essa temática é explorada na área da saúde, visto que existem descritores indexados nessa área.

A GC na área da saúde tem como principal missão "preparar e difundir conhecimentos relacionados à informação sanitária promovendo melhoria na saúde pública e redução das inquietudes em busca da obtenção de conhecimentos e saúde entre os povos da América" (D'AGOSTINO, 2009). A GC eficiente possibilita melhorias nos atendimentos, pois permite respostas rápidas e de forma mais assertiva nas decisões do plano de cuidado (ROCHA et al., 2012). Além disso, as práticas de gestão da informação podem melhorar os indicadores de atendimento ao paciente em unidades da Atenção Básica (SANTOS; DAMIAN, 2019). Dessa forma, a GC na área da saúde poderia impactar positivamente tanto o planejamento do cuidado individual e/ou populacional quanto no âmbito financeiro, proporcionando redução do desperdício de recursos humanos e materiais.

Uma das particularidades dos processos de GC na área da saúde é o fato de ser um serviço que envolve constantemente processos comunicativos em relações humanas (ROCHA et al., 2012). Além disso, o estudo da GC na área da saúde está diretamente ligado aos resultados das ações de comunicação entre os profissionais de saúde, entre os profissionais e o paciente, à observação do paciente (KARAMITRI; TALIAS; BELLALI, 2017).

Assim, existem duas características diferenciadas quando se trata de GC na área da saúde: o processo de aplicação do conhecimento e o objetivo desse processo (BEZERRA et al. 2017). Ou seja, os dois fatores são cruciais para que o conhecimento agregue valor aos serviços prestados pelas organizações de saúde. Ambos os fatores também sugerem a importância na comunicação entre os envolvidos nos processos do cuidado em saúde.

Segundo documento da Organização Mundial da Saúde, o maior desafio relacionado à GC no Brasil é a incorporação de novas ferramentas e tecnologias para a maior difusão de informações, assim como promover a interação entre os profissionais de saúde do país (D'AGOSTINO, 2009). Isso pode ser observado nas características geopolíticas do país: heterogeneidade regional devido às dimensões continentais, refletindo, portanto, em realidades socioeconômicas e demográficas distintas.

Esse tópico destacou as especificidades da GC na área da saúde, dando ênfase na importância das relações humanas nos processos do cuidado entre profissionais e pacientes. No próximo tópico é abordado os modelos de maturidade da Gestão do Conhecimento na literatura.

3.3 Modelos de Maturidade da Gestão do Conhecimento

Para Escrivão e Silva (2020), a maturidade é o processo relacionado a um objeto ao decorrer do tempo e quando relacionada à GC, a maturidade refere-se à efetividade em gerir os ativos do conhecimento na organização. Para o estudo desse tema, muitos autores recorrem a modelos que estruturam os estágios da maturidade de GC ao longo do tempo (ESCRIVÃO; SILVA, 2020).

De acordo com a revisão da literatura realizada por Oliveira e colaboradores (2020), existem vários modelos de maturidade que envolvem a GC, sendo os modelos mais utilizados, suas características e limitações apresentados na Tabela 2.

Os autores destacam que os modelos buscam equipes com a capacidade de se auto organizar e sinergia de conhecimento nas organizações (OLIVEIRA et al., 2020). Além disso, os autores salientam que todos os estudos foram realizados na área de exatas (OLIVEIRA et al., 2020). Isso é corroborado por outra revisão bibliográfica sobre modelos de maturidade da GC que encontrou estudos majoritariamente na área de exatas, demonstrando a necessidade de se explorar outras áreas como a saúde (KRAEMER et al., 2017).

Tabela 2. Modelos de maturidade de GC, características e limitações

TRABALHO	MODELOS	CARACTERÍSTICAS	LIMITAÇÕES
Nonaka (1994) Dynamic Theory of Organizational Knowledge Creation	Hypertext Organization	- Operação rotineira de uma organização formal hierárquica versus atividade de criação realizada por equipes auto- organizadas. - Combina eficiência, estabilidade e dinamismo	Depende da flexibilidade da organização em alternar rapidamente entre as três camadas do modelo.
	Middle-Up- Down Management	- Equipes auto-organizadas - Sinergia de conhecimento - Acúmulo de conhecimento Formal e Não Formal	- Exaustão Humana - Falta de total controle da organização
Chang, Han e Chen (2014) Research on construction and application of individual knowledge management maturity evaluation model	Individual Knowledge Management Maturity Evaluation Model	Avaliar Maturidade da Gestão do Conhecimento dos Indivíduos nas Organizações	Avaliação Individual da Maturidade de Gestão do Conhecimento é uma variável bastante complexa que requer mais pesquisa tanto teórica quanto empírica
Oliveira e Pedron (2014) Maturity Model for Knowledge Management and Strategic Benefits Knowledge	Knowledge Management Maturity Model	- Método de coleta de dados simplificado - Portabilidade do modelo, podendo se adaptar a cultura do país e tamanho da organização.	Aplicação do modelo em companhias de diferentes países e de diferentes tamanhos.
Robinson et al. (2006) STEPS: a knowledge management maturity roadmap for corporate sustainability	STEPS Maturity Roadmap	Auxilia na implementação e comparação de esforços em prol da gestão de conhecimento dentro de empresas - Íntegra sustentabilidade na estratégia de negócios	Faltam aplicações do modelo em empresas além do ramo da construção

Fonte: Oliveira et al. (2020, p. 183);

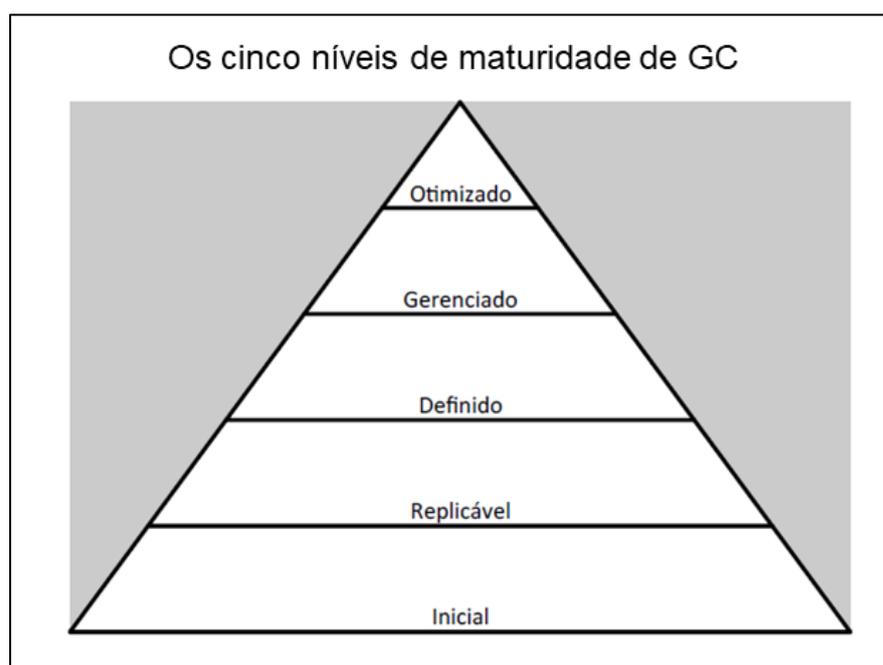
Outra revisão de literatura importante nesse tema é o trabalho de Costa, Moura e Luna (2014), que concluiu que a maioria dos modelos apresentados propõe resolver algum problema de GC, mas possuem abordagens generalistas. Dessa forma, vemos a necessidade de se construir modelos específicos para determinadas áreas.

Segundo Oliva (2014), a maioria dos modelos de maturidade de GC são baseados no *Capability Maturity Model* (CMM). Esse modelo é construído a partir de do domínio de um ou mais processos de uma organização, e é dividido em cinco estágios de maturidade de GC. Esse autor também afirma que a maioria dos modelos de maturidade de GC combina diferentes características pelos cinco estágios: inicial, replicável, definido, gerenciado e otimizado (OLIVA, 2014).

Um exemplo da variação desse modelo é o *People Capability Maturity Model* (PCMM) que tem grande enfoque em gestão e desenvolvimento dos trabalhadores (CURTIS; HEFLEY; MILLER, 2009). A principal premissa desse modelo é de que a mudança de comportamento impacta diretamente as práticas de trabalho, e não o inverso (CURTIS; HEFLEY; MILLER, 2009).

Outro modelo derivado do CMM é o *Knowledge Management Maturity Model* (KMMM), desenvolvido pela empresa Siemens (EHMS; LANGEN, 2002). Nesse modelo, são propostos cinco níveis de maturidade de GC, conforme ilustrado na Figura 5.

Figura 5. Níveis de maturidade de GC



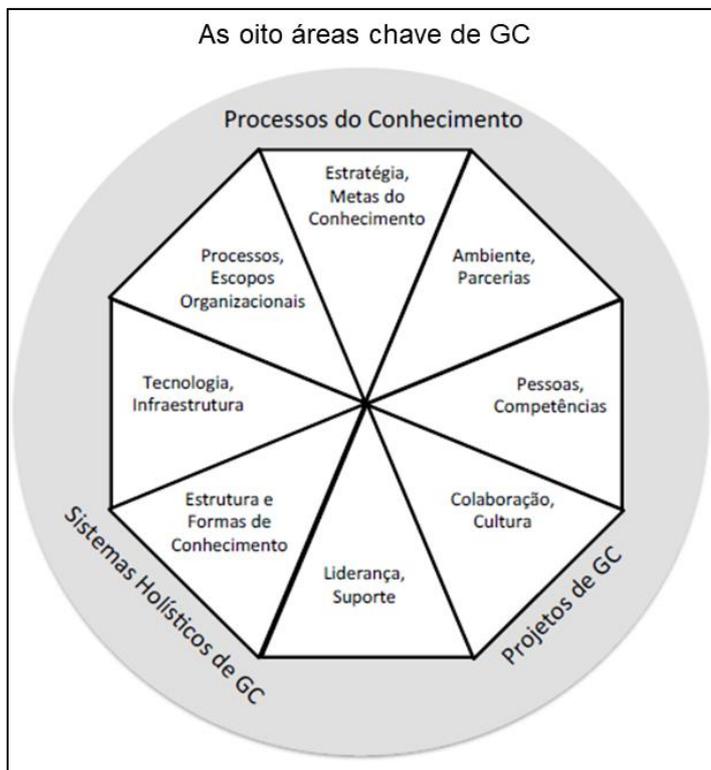
Fonte: Ehms; Langen (2002, p. 2)

Cabe ressaltar que os níveis de maturidade foram definidos independentemente da área de atuação da organização estudada. Os autores descrevem os cinco níveis de maturidade como:

- Inicial: há a existência de conhecimento nas organizações desse nível, mas não de forma organizada/ estruturada;
- Replicável: as organizações desse nível reconhecem a importância das atividades de GC, contudo os processos são apenas parcialmente descritos;
- Definido: há atividades estáveis e que suportam os processos de TI, geralmente integrando tarefas cotidianas e sistemas de TI;
- Gerenciado: existem normas e procedimentos estabelecidos para toda a organização sobre os processos de GC, existindo indicadores relativos à eficácia dos processos que são medidos regularmente.
- Otimizado: as organizações que se enquadram nesse nível de maturidade desenvolveram a capacidade de se adaptar diante de mudanças sem perda, sendo os indicadores de eficácia utilizados em combinação com outros instrumentos de controle.

Para Ehms e Langen (2002), existem oito áreas chave da GC, representadas na Figura 6. Essas oito áreas foram construídas em formato de octógono com a seguinte lógica: os setores adjacentes têm proximidade de conteúdo, já os setores opostos apresentam conteúdo distinto.

Figura 6. Oito áreas chave de GC



Fonte: EHMS; LANGEN (2002, p. 4)

No entanto, observou-se que a proposta de verificação de nível de maturidade ocorre sem a distinção da área de aplicação, apesar de ter sido desenvolvida por uma empresa de tecnologia.

Segundo a revisão bibliográfica realizada por Escrivão e Silva (2020) os fatores críticos para o sucesso da GC e que devem estar contidos em um modelo de maturidade são:

- Infraestrutura organizacional: estrutura organizacional flexível, tomada de decisão descentralizada, processo de comunicação em todas as direções, baixo grau de formalização das atividades e processos, ambiente que favorece a interação
- Tecnologia: ferramentas tecnológicas de processamento, integradas entre si e que permitem a interação entre as pessoas
- Cultura: comportamentos que demonstrem colaboração e aprendizagem
- Gestão de recursos humanos: treinamento, recompensas e oportunidade de participação

- Apoio da alta gerência: coordenação e motivação

Além de serem apresentados como fatores essenciais para um modelo de maturidade da GC, esses itens podem nortear os objetos a serem analisados no modelo para determinar seu grau de maturidade. Ou seja, a análise desses fatores, pode indicar o grau de maturidade de um modelo.

Esse tópico objetivou apresentar a literatura sobre modelos de maturidade, bem como os fatores críticos para a criação desses modelos. No próximo tópico abordaremos os viabilizadores da GC, que não são essenciais para os processos de GC, mas impactam diretamente neles.

3.4 Viabilizadores da Gestão do Conhecimento

Os viabilizadores de GC são os mecanismos que a organização utiliza para suportar os processos de GC (ABUALOUSH et al, 2018). Os viabilizadores podem ser divididos em quatro categorias: Estratégia e Liderança, Cultura Organizacional, Pessoas e Tecnologias de Informação e Comunicação (LEE; CHOI, 2003; YEH; LAI; HO, 2006; ABUALOUSH et al, 2018).

O viabilizador “Estratégia e Liderança” é aquele que tem maior relação positiva com o desempenho de GC (HO, 2009), pelo fato da alta gerência estar intimamente ligada a esse processo. Sendo assim, as pessoas que compõe os cargos de liderança impactam diretamente nos processos de GC, no sentido de direcionar as ações com comandos e ações.

Características da “Cultura Organizacional” são importantes o desenvolvimento de atividades que não são críticas a GC, mas que corroboram seu desenvolvimento como a colaboração, confiança e aprendizado (LEE; CHOI, 2003). Dessa forma, a cultura presente na organização pode direcionar o caminho que a GC deve tomar dentro da organização sem fazer parte diretamente das atividades essenciais dos processos.

As "Pessoas" que compõem a organização são fatores cruciais para o desenvolvimento da GC, pois é a partir de suas capacidades e interações que os processos se desenvolvem, em especial das pessoas com “Habilidades em T”. Esse termo se refere às pessoas na organização que englobam habilidades horizontais (traço horizontal da letra T) e verticais (traço vertical da letra T) (LEE; CHOI, 2014;

ABUBAKAR et al., 2019). As habilidades horizontais se referem a capacidade de colaboração com profissionais de diferentes áreas e ao acúmulo de conhecimento a partir dessas interações, enquanto as habilidades verticais referem-se à expertise e experiências em um campo específico (LEE; CHOI, 2014; ABUBAKAR et al., 2019).

Um fator muito comum constatado na literatura como um importante viabilizador para a eficácia da GC são as tecnologias utilizadas, que, atualmente, possuem cada vez mais importância (LEE; CHOI, 2003; YEH; LAI; HO, 2006; ALAVI; LEIDNER, 2001). Além dessas tecnologias estarem intimamente ligadas com os processos de GC, elas podem contribuir para a sobrevivência das organizações em contextos altamente competitivos (RAMOS; YAMAGUCHI; COSTA, 2019).

Especificamente na área da saúde, muitos gerentes ainda carecem de preparação e profissionalismos para exercer cargos de liderança (OHIRA; CORDONI JUNIOR; NUNES, 2014). Outro viabilizador importante para a área da saúde são as Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC). Se implementadas corretamente na AB, as TIC podem trazer melhorias na qualidade do atendimento (SANTOS et al., 2017).

Além disso, a revisão de literatura de Orzano e colegas (2008) apresentou viabilizadores específicos para área da saúde, entre eles: rede ativa de trabalho, prática reflexiva e relacionamentos úteis. A rede ativa de trabalho e os relacionamentos úteis mostram o caráter próprio da área de saúde, que sempre busca outras opiniões diante de casos complexos. A prática reflexiva, também se refere ao processo de cuidar e no constante aprendizado e análise crítica que se deve ter, ponderando-se caso a caso.

Esse tópico explicou o que são os viabilizadores da GC, e como a liderança, as TIC e a rede de saúde são importantes fatores que impactam os processos de GC na área da saúde.

A partir de toda a análise da literatura, desde os conceitos de conhecimento, GC, GC na área da saúde, modelos de maturidade e os viabilizadores de GC, desenvolvemos no próximo tópico a proposta de modelo de maturidade da GC da AB.

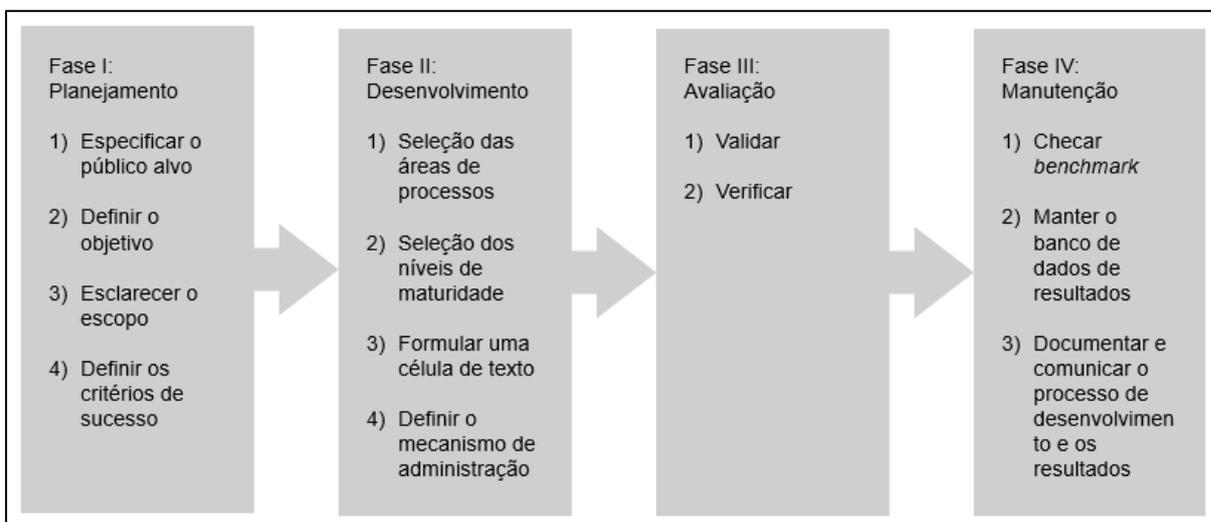
4. PROPOSTA DE MODELO DE MATURIDADE DA GESTÃO DO CONHECIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA BRASILEIRA

Nesse capítulo são apresentados os métodos e as referências utilizados para o desenvolvimento da proposta de Modelo de Maturidade da GC na AB brasileira. Ao final do capítulo, propomos a primeira versão do modelo.

4.1 Método utilizado para o Desenvolvimento do Modelo

Para desenvolver o modelo de diferentes graus de maturidade, utilizamos o trabalho de Maier, Moultrie e Clarkson (2012) no qual propuseram um guia de como desenvolver de graus de maturidade, como ilustrado na Figura 7.

Figura 7. Roteiro de fases e pontos de decisão para desenvolver e avaliar graus de maturidade existentes



Fonte: MAIER; MOULTRIE; CLARKSON (2012, p. 149)

A Fase I propõe o Planejamento da construção dos graus de maturidade através das seguintes etapas: (1) Especificar o público alvo, que define para quem é esperado utilizar os graus de maturidade e, essa informação será importante para direcionar o objetivo da criação dos graus de maturidade; (2) Definir o objetivo de criar os graus de maturidade; (3) Esclarecer o escopo, que propõe determinar se os graus

de maturidade serão genéricos ou de um domínio específico; (4) Definir critérios de sucesso, como requisitos de usabilidade e utilidade.

A Fase II diz respeito ao Desenvolvimento do modelo, que conta com as etapas: (1) Seleção das áreas de processos, que são basicamente os objetos de observação do modelo; (2) Seleção dos níveis de maturidade, que pode variar de acordo com o enfoque desejado, como a aderência aos processos, estruturas organizacionais, ênfase nas pessoas, aprendizado organizacional, entre outros; (3) Formular uma célula de texto, que é a intersecção entre as áreas de processos e os níveis de maturidade; (4) Definir mecanismos de administração, em que devemos escolher o formato em que colheremos os dados e qual foco é de maior interesse (foco nos processos ou nos resultados finais).

A Fase III consiste na Avaliação dos graus de maturidade propostos, cujas etapas são: (1) Validar, que consiste na aplicação do modelo; (2) Verificar, que diz respeito a análise após a aplicação em comparação aos critérios de sucesso estabelecidos na primeira fase.

A Fase IV propõe a Manutenção do modelo, sendo composta pelas etapas: (1) Checar *benchmark*; (2) Manter o banco de dados de resultados; (3) Documentar e comunicar o processo de desenvolvimento e os resultados. Essa etapa não será abordada no presente trabalho, visto que exigiria o acompanhamento transversal das unidades estudadas.

4.2 Desenvolvimento da Proposta de Modelo

Como estabelecido no tópico anterior, apresentaremos as decisões tomadas para o desenvolvimento da proposta de Modelo de Maturidade da GC da AB.

O ponto de decisão 1 da Fase I, que é especificar qual o público alvo escolhido, determinou-se a partir da unidade de análise desse estudo que é a AB do estado de São Paulo. Portanto, as pessoas abordadas serão profissionais que trabalham nesse nível de atenção, sendo o modelo útil para análise futura e direcionamento para melhorias.

O ponto de decisão 2, que define o objetivo em criar esse modelo, que é facilitar a observação de melhorias na AB, além de fornecer uma proposta menos generalista e mais desenvolvida voltada para a saúde.

O ponto de decisão 3 em que esclarecemos o escopo do modelo, e decidimos que os graus de maturidade serão genéricos para a área da saúde para poderem ser aplicados em outros níveis de atenção ou em instituições.

O ponto de decisão 4 em que devemos determinar os critérios de sucessos, foi decidido que os mesmos são: o entendimento das questões com respostas coerentes e o entendimento sobre a utilidade das questões na prática.

O ponto de decisão 1 da Fase II, em que deve-se decidir sobre a seleção das áreas de processos, tomamos como referência a revisão da literatura realizada por Escrivão e Silva (2020). Esse trabalho foi utilizado como referência para delimitar as áreas de processos, pois analisa outros modelos consagrados na literatura e mostra-se atualizado. Cabe ressaltar que retiramos o fator "Gestão de recursos humanos", já que as equipes são estabelecidas de acordo com as políticas públicas e, além disso, tanto a contratação quanto a remuneração são padronizadas e dependentes das instâncias governamentais sendo pontos de mudança dependente de outras questões fora da proposta de análise. Considerou-se também as ferramentas levantadas pela revisão de Orzano e colaboradores (2008) para adaptar essas áreas de processos para a área da saúde. Dessa forma, os fatores que foram escolhidos para análise são:

- Infraestrutura organizacional: estrutura organizacional flexível, tomada de decisão descentralizada, processo de comunicação em todas as direções, ambiente que favorece a interação (reuniões de equipe);
- Tecnologia: ferramentas tecnológicas de processamento, integradas entre si e que permitem a interação entre as pessoas;
- Cultura: comportamentos que demonstrem colaboração, aprendizagem e educação continuada;
- Apoio da alta gerência: coordenação e motivação dos gestores.

O ponto de decisão 2 em que decidimos os níveis de maturidade, determinou-se seguir os trabalhos derivados do *Capability Maturity Model (CMM)*. Acredita-se que tais estudos possuem grande abrangência, não restringindo sua aplicação a uma área específica. Entretanto, são poucos os estudos em que há a aplicação desse modelo na área da saúde. Dessa forma, é necessário que façam-se adaptações para melhoria na aplicabilidade, e para atender aspectos particulares da área de estudo desta pesquisa. Assim como nos estudos derivados do CMM, utilizamos a mesma classificação em cinco estágios, especialmente as definições utilizadas por Ehms e

Langen (2002), pois esse trabalho possui realiza sua análise na organização como um todo. São elas:

- Nível Inicial: há a existência de conhecimento nas organizações desse nível, mas não de forma organizada/ estruturada, não havendo trocas entre profissionais, usuários e rede de saúde;
- Nível Replicável: as organizações desse nível reconhecem a importância das atividades de GC, contudo os processos são apenas parcialmente descritos, com pouca interação entre profissionais, usuários e rede de saúde;
- Nível Definido: há atividades estáveis, geralmente integrando tarefas cotidianas e sistemas de TI;
- Nível Gerenciável: existem protocolos e procedimentos estabelecidos para toda a organização sobre os processos de GC, existindo indicadores relativos à eficácia e fluxogramas dos processos que são medidos regularmente, incluindo a rede de saúde nessa medição;
- Nível Otimizado: as organizações que se enquadram nesse nível de maturidade desenvolveram a capacidade de se adaptar diante de mudanças (epidemias, desastres naturais, crise econômica), formando uma rede de atenção integral a saúde.

O ponto de decisão 3 é formada a célula de texto, ou seja, buscamos a intersecção entre as áreas de processos e os níveis de maturidade. Para isso elaboramos a Tabela 3.

Tabela 3. Células de texto

	Infraestrutura organizacional	Tecnologia	Cultura	Apoio da alta gerência
Inicial	Não há organização do conhecimento e não ocorre interação entre os profissionais	Não há a utilização	Não há colaboração e/ou aprendizado	Não há coordenação das atividades
Replicável	Organização parcial do conhecimento e pouca interação entre os profissionais	Utilização parcial/ adaptação ao dia a dia	Há alguma colaboração e/ou aprendizado que não é continuada	Há coordenação parcial das atividades
Definido	Organização total do conhecimento utilizando tecnologias armazenamento e interação ente profissionais constante	Utilização de tecnologia para armazenamento total dos conhecimentos e troca de informações	Estratégias de educação continuada são incentivadas com a utilização de tecnologias	Utilização de tecnologias para coordenar as atividades
Gerenciável	Interação constante com utilização de tecnologia para troca de informações e análise de processos com indicadores	Utilização de tecnologia para coleta, armazenamento, análises parciais e troca de informações	Processos parcialmente estabelecidos de educação continuada que abranja toda a equipe e que promova a colaboração	Gestores conseguem coordenar e motivar parcialmente a equipe
Otimizado	Fluxo de comunicação rápida e descentralizada	Utilização de tecnologia para coleta, armazenamento, análise e troca de informações	Processos estabelecidos de educação continuada que abranja toda a equipe e que promova a colaboração	Gestores conseguem coordenar e motivar de forma efetiva toda a equipe

Fonte: Elaborado pela própria autora

O ponto de decisão 4 em que definimos os mecanismos de administração, foi decidido focar nos processos que ocorrem nas unidades de Saúde da Família. Portanto, os dados serão colhidos a partir do relato dos profissionais da AB do estado de São Paulo.

A Fase III, que consiste na Validação e Verificação, será descrita nos capítulos 5, 6 e 7, em que descrevem a pesquisa empírica realizada para o presente estudo

Neste capítulo destacaram-se os trabalhos utilizados para a elaboração do Modelo de Maturidade da GC na AB do estado de São Paulo. No próximo capítulo são descritos os métodos de pesquisa escolhidos para o estudo empírico que foi realizado.

5. METODOLOGIA

Este capítulo objetiva apresentar e justificar as escolhas metodológicas de pesquisa para cumprimento dos objetivos.

5.1 Seleção e Justificativa do Método de Pesquisa

O presente trabalho possui carácter observacional descritivo, com corte transversal e análise qualitativa de dados.

Na área da saúde, os estudos descritivos são caracterizados, segundo Zangirolami-Raimundo e Echeimberg (2018), como:

(...) têm como escopo apenas a **descrição detalhada** e organizada de um ou mais fenômenos, a **garantia da qualidade** dos dados necessários para estudo decorre, além da **sistematização e da padronização dos métodos de coleta**, também da estratégia adotada para a sua obtenção, o que se denomina o delineamento ou, mais corretamente, o desenho de estudo. (...)

Dessa forma, esse método propõe entender um fenômeno específico, com determinada sistematização e padronização em seu formato de coleta de dados, como é pretendido nesse estudo. Utilizando esse método, portanto, buscamos compreender como se dá a GC na AB do estado de São Paulo, para posteriormente, poder determinar seu nível de maturidade.

Para a coleta de dados, realizamos entrevistas semiestruturadas, afim de verificar como ocorrem os processos de GC nas ações de prevenção de doenças e promoção de saúde. Segundo Toassi e Petry (2020), essa forma de coleta de dados possui as seguintes características:

A entrevista semiestruturada obedece a um **roteiro** e é conduzida com base em uma **estrutura flexível**, consistindo em questões abertas que definem, pelo menos inicialmente, a área a ser explorada e a partir da qual o entrevistador ou a pessoa entrevistada podem divergir a fim de prosseguir com uma ideia ou resposta em **maiores detalhes**.

O corte transversal diz respeito à análise que é realizada apenas uma vez, não sendo feito o acompanhamento ao longo do tempo. Os estudos de carácter transversal possuem grande utilidade para descrição de um fenômeno, em termos de saúde

pública (ZANGIROLAMI-RAIMUNDO; ECHEIMBERG; LEONE, 2018). Investigaremos o funcionamento da AB apenas uma vez, portanto, esse método torna-se o mais adequado para a presente pesquisa.

A abordagem qualitativa pode ser entendida como uma forma adequada para se abordar um problema sob aspectos que não podem ser quantificados (RICHARDSON, 2012). Para Creswell (2014), o estudo qualitativo é o método que busca a exploração e compreensão do significado que indivíduos ou grupos de pessoas atribuem para uma determinada questão. Na área da saúde, a pesquisa qualitativa "aprofunda a compreensão dos fenômenos que investiga a partir de uma análise rigorosa e criteriosa da informação" (TOASSI; PETRY, 2020). Esse tipo de análise torna-se, portanto, adequado para investigarmos um fenômeno (o funcionamento da GC na AB do estado de São Paulo).

5.2 Seleção dos Casos

Para avaliar a AB do estado de São Paulo, foram selecionadas Unidades Saúde da Família pertencentes ao estado. A seleção dos entrevistados ocorreu mediante quatro estratégias de abordagem: (1) conhecimento prévio com a pesquisadora; (2) indicação de terceiros; (3) convite por telefone; (4) convite por e-mail. Os critérios de inclusão foram: profissional da área da saúde que atue na AB em uma Unidade Saúde da Família; participar ativamente de alguma ação de promoção de saúde ou prevenção de doenças; local de trabalho dentro do estado de São Paulo, consentir em participar do estudo.

No total, foram abordados 12 locais entre os meses de dezembro de 2019 e abril de 2020. As unidades foram indicadas para participarem da pesquisa por terceiros. Houve seis recusas em participar da pesquisa e uma indicação que não fazia parte dos critérios de inclusão. Dessa forma, cinco Unidades Saúde da Família, sendo quatro unidades localizadas no interior de São Paulo e uma na capital aceitaram participar do estudo. Em cada unidade, foi selecionada uma ação de prevenção de doenças e promoção de saúde para ser a unidade de análise da presente pesquisa. Na Tabela 3 contém essas ações, o profissional entrevistado em cada ação e sigla de identificação que usaremos para identificar esse profissional. Posteriormente, descrevemos brevemente cada ação.

Tabela 4. Ações de prevenção de doenças estudadas e profissionais entrevistados

Ação estudada	Profissional entrevistado	Sigla de identificação
Grupo Caminhada Orientada	ACS	P1
	Dentista	P2
	Fisioterapeuta	P3
Grupo de Alongamento	ACS	P4
Acompanhamento de Diabéticos	Auxiliar de enfermagem	P5
Acompanhamento de Hipertensivos	Médico	P6
Orientações em escolas	ACS	P7

Fonte: Elaborado pela própria autora

O grupo de caminhada orientada localiza-se em uma cidade no interior de São Paulo, em um bairro de alta vulnerabilidade social. A ação consiste em aulas de 50 minutos de caminhada e 10 minutos de alongamento, duas vezes por semana, liderada por uma fisioterapeuta pertencente a uma equipe NASF. Esse mesmo grupo, juntamente com outros grupos de promoção de saúde da região, participa de reuniões mensais sobre temas de saúde variados em uma escola. Nessa ação, foram entrevistadas a ACS e a fisioterapeuta que participam das atividades juntamente com os usuários, e a dentista que dá suporte ao grupo quando necessário.

O grupo de alongamento se reúne três vezes por semana, localiza-se em uma cidade do interior de São Paulo e não possui o apoio de uma equipe NASF. As aulas consistem em 30 a 40 minutos de alongamento liderada por um fisioterapeuta pertencente a equipe ESF. A coleta de dados foi realizada com a ACS que participa ativamente das atividades desse grupo.

O grupo acompanhamento de diabéticos funciona em subgrupos de aproximadamente 10 pessoas que são acompanhadas quinzenalmente durante três meses. A unidade localiza-se no interior de São Paulo e, apesar de possuir a cobertura de uma equipe NASF, esta não participa ativamente do grupo. São realizadas diversas atividades como palestras sobre a doença, atividades de promoção de saúde, orientações da médica e enfermeira. As informações sobre esse grupo foram obtidas na entrevista com um auxiliar de enfermagem.

O grupo de acompanhamento de hipertensivos, localizado na cidade de São Paulo, realiza reuniões quinzenalmente por dois meses, com o intuito de explicar sobre a doença, suas principais características e cuidados. Além disso, cada participante recebe orientações individualmente e são encaminhados para consultas caso haja necessidade. Esse grupo é liderado pela enfermeira gestora da unidade. Para a coleta de dados, o médico da unidade, que atua como suporte do grupo, foi entrevistado.

A unidade da equipe Saúde da Família estudada neste caso localiza-se no interior de São Paulo e possui uma escola pública em suas proximidades. Aproveitando isso, a equipe faz intervenções uma vez por semana juntamente com adolescentes de 12 a 17 anos. A ação faz parte do Programa Saúde na Escola (PSE), que é liderada pelo enfermeiro da unidade e conta com a participação de toda a equipe além de, esporadicamente, contar também com estagiários de uma universidade. A entrevista para a coleta de dados foi realizada com uma ACS que participou desde o início das atividades.

5.3 Coleta e Análise de Dados

Para a coleta de dados, foram realizadas entrevistas semiestruturadas, sendo duas entrevistas realizadas presencialmente realizadas em janeiro de 2020, e cinco por ligação telefônica feitas entre fevereiro e abril de 2021. Todos os participantes foram contatados previamente à entrevista para convite à participação na pesquisa via telefone ou mensagem, sendo explicado o objetivo do estudo, o formato em que seria realizado, tempo médio de duração (10 a 15 minutos) e foi ressaltado o caráter voluntário da participação. Mediante o aceite, uma nova ligação ou visita foi agendada e realizada com cara participante, não sendo possível a conversa com mais de uma profissional por vez.

O questionário semiestruturado para a realização das perguntas contava com os fatores chaves e perguntas abertas, que poderiam ser aprofundadas caso houvesse necessidade. O roteiro de perguntas foi composto por:

- Infraestrutura organizacional
 - Sua equipe realiza reuniões de equipe? O que vocês discutem nela?
 - Como é a interação de vocês com a equipe NASF?
 - São realizadas avaliações de acompanhamento do grupo?

- Tecnologia
 - Vocês realizam algum registro de forma eletrônica? Se sim, explique-me como é feito isso.
 - [Caso seja citado uma TIC] Para que atividades essa tecnologia é utilizada?
- Cultura
 - Como sua equipe faz quando precisa buscar alguma informação nova sobre um caso que surgiu no grupo de vocês? Alguém te ajuda nessa busca?
- Apoio da alta gerência
 - Quem coordena o grupo?
 - Quais as atividades dessa pessoa?
 - [Caso a pessoa entrevistada não seja a coordenadora do grupo] Você saberia me dizer como essa pessoa organiza as atividades dela?

Entrevistas são interações, geralmente presenciais, nas quais o pesquisador propõe questionamentos e o entrevistado oferece respostas e/ou reflexões. Usualmente, esse tipo de coleta de dados propõe entender aspectos culturais relativos ao entrevistado (GEPHART, 2004).

Para analisar o funcionamento da unidade de saúde, as perguntas foram direcionadas para as ações de prevenção de doenças e promoção de saúde, pois são as principais atividades desse nível de atenção. Dessa forma, a pesquisadora direcionava as perguntas complementares àquelas principais afim de aprofundar ainda mais sobre o funcionamento dessas ações.

Na proposta inicial da coleta de dados, foi planejada a visita presencial à unidade para a consulta de várias pessoas envolvidas nas ações, bem como a observação do grupo. A primeira visita foi feita e duas entrevistas de um mesmo grupo foram concedidas: a fisioterapeuta e a ACS. Contudo, com o acometimento da pandemia de COVID-19, foi recomendado que as visitas e o trabalho observacional não ocorressem. Além disso, observou-se grande sobrecarga sobre a Rede de Saúde como um todo, impossibilitando a conversa com mais pessoas sobre a ação. Em apenas um caso, conseguiu-se informações adicionais às ações estudadas, como a demonstração de fotos, em caráter confidencial.

Cada entrevista foi gravada mediante autorização prévia e/ou foi anotada em papel. A partir da coleta de dados, todas as respostas foram digitadas em documento Word com a identificação de cada entrevistado. Posteriormente, foi realizada a Análise de Conteúdo de Bardin (2009), categorizando os pontos chave encontrados para obter as características qualitativas do conteúdo.

6. GESTÃO DO CONHECIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA

Esse capítulo aborda os resultados da coleta de dados realizada na AB obtidos a partir da aplicação do modelo de maturidade da GC construído no Capítulo 4. Esse processo faz parte do método escolhido, fazendo parte da Fase III.

6.1 Infraestrutura Organizacional

Todos os entrevistados relatam que participam de reuniões de equipe semanalmente. Em geral, todos relataram que os casos complexos são discutidos nessas reuniões, como destacado por P4, P5 e P7:

P4: “Temos a reunião de equipe toda quinta feira de tarde para discutir com a equipe o caso de algum paciente se precisar. Aí damos o encaminhamento se pedirem.”

P5: “Temos reunião de equipe toda semana para discutir os casos que são mais difíceis no grupo quando é pertinente. Toda semana a equipe do NASF também para discussão de caso, aí eles fazem orientação, acompanhamento ou encaminhamento. (...) Tem também reunião da rede interligada junto com o pessoal da assistência, tipo CAPS. Aí é legal, por que ficamos sabendo dos outros equipamentos para encaminhar se alguém precisar, por que aqui o pessoal é bem, assim, carente.”

P7: “A maioria dos casos discutidos em reunião de equipe eram dos nossos domiciliados ou acamados e novos casos que surgiam dentro da área.”

P6 destacou que além das reuniões de equipe, já participou também de outras reuniões pertencentes a rede de saúde. Isso mostra que há interações entre unidades e os componentes da rede de saúde:

P6: “Fazemos reunião em equipe uma vez por semana, aí se precisar, posso discutir algum caso do grupo que eu atendi por exemplo. (...) Eu participei também de algumas reuniões com a regional de saúde, mas já faz um tempo.”

A reunião de equipe, portanto, mostrou-se como um elemento importante para a interação entre os profissionais, sendo um espaço relevante para a discussão da equipe multidisciplinar o entendimento de casos complexos.

Sobre a interação com a equipe NASF, P3 destacou a responsabilidade da equipe NASF na triagem inicial para entrada no grupo de caminhada e o acompanhamento ao longo do tempo:

P3: “A equipe NASF é responsável pela avaliação das condições de saúde do paciente, indicando se ele está apto ou não para o grupo, e dá continuidade com o acompanhamento.”

Do ponto de vista da Equipe Saúde da Família, P1 descreve como se dá a troca de informações com a equipe NASF em relação ao grupo de caminhada:

P1: “Quando precisa passar alguma informação de alguém do grupo ou de outra coisa, nós falamos com a pessoa do NASF ou eu escrevo no caderno amarelo da recepção. Aí o pessoal do NASF já chega e olha nesse caderno, se tiver alguma coisa para resolver ou se precisa procurar alguém para conversar da equipe.”

Observamos, portanto, que a equipe NASF possui papel de triagem e monitoramento dos usuários. Além disso, a notamos que a forma de comunicação entre as equipes Saúde da Família e a NASF dá-se de forma efetiva, mas precária. Nesse mesmo sentido, P4, que é ACS do grupo de alongamento, também relatou o papel da equipe NASF como orientador e de monitoramento das atividades.

Podemos notar a centralização das atividades e do conhecimento nos profissionais que possuem ensino superior, sendo os ACS dependentes desses profissionais para organizar as atividades e para adquirir novos conhecimentos.

P1 e P2 relataram que P3, fisioterapeuta pertencente a equipe NASF, realiza avaliações do grupo, mas não souberam dizer se haviam indicadores de desempenho na ação estudada. Quando perguntada sobre o monitoramento do grupo de caminhada, P3 relatou sobre a avaliação do grupo:

P3: “Medir a pressão e da lista de presença em todas as aulas do grupo são indicadores que estou sempre atenta. (...) Faço avaliação com um protocolo meu aproximadamente de seis em seis meses. É difícil manter porque os participantes não entraram todos ao mesmo tempo. (...) Eu também não tenho muito tempo para registrar outros resultados que eu consigo observar, como a maior interação dos participantes, resultados na saúde global, como tem pessoas que diminuem ou até param de tomar alguns medicamentos devido à participação no grupo.”

Nas ações voltadas para doenças [diabetes e hipertensão], ambos profissionais relatam o monitoramento da doença como indicador:

P5: “Fazemos o acompanhamento contínuo da diabetes do paciente, aí vemos se melhorou ou não, ou se tem mais coisa para melhorar.”

P6: “Acompanhamos o desempenho da equipe em suas atividades e das ações a olho mesmo. Conseguimos ver a melhora do paciente na maioria dos casos.”

P7 relata que existe um fluxo estabelecido para realização das atividades do Projeto Saúde Escola (PSE):

P7: “Para podermos começar esse trabalho que faz parte do PSE do meu posto, primeiro nós preparamos um questionário físico e distribuímos para os alunos perguntando, demos opção de escolhas, sobre quais assuntos tinham necessidade de falar e saber, pois não tinham o hábito de falar em casa ou por ser tabu ou falta de conhecimento dos pais. E a partir daí escolhemos os temas que seriam abordados.”

(...)

“Uma ação que tivemos bastante resultado foi um tempo com todos da escola que fizemos exames de acuidade visual. Conseguimos os cartazes para leitura e muita criança e jovens tiveram dificuldade de leitura. Já saíam de lá com o encaminhamento com urgência para o oftalmo. Aqui temos uma espera de mais ou menos 8 meses para consulta com o especialista, os que o doutor fez encaminhamento de urgência conseguiram a consulta em menos de um mês. Vários alunos mesmo tiveram êxito e foram lá nos avisar que já estavam cuidando ou usando óculos e isso pra mim não tem preço! (...) Outro caso que fizemos de pesquisa sobre hanseníase, levamos um questionário feito pelo ministério da saúde perguntando sobre manchas de nascença, manchas atuais, informações sobre a doença, tivemos uns três ou quatro que discutimos em reunião de equipe e fizemos encaminhamento ao AMI [Ambulatório de Moléstia Infeciosas] das crianças, acompanhamos não os pacientes, mas tínhamos contato com o pessoal de lá e graças a Deus os testes e exames foram negativos.”

Podemos notar que, pelo relato de P7 que é a ACS, não houve o monitoramento por meio de indicadores diretos sobre a ação ou o estabelecimento de objetivo (ou meta) das atividades. Contudo, é necessário ressaltar que importantes resultados foram observados e relatados pela profissional.

O fator Infraestrutura Organizacional pode ser entendido, portanto, por três pontos principais: existem reuniões de equipe regularmente, que envolvem principalmente a discussão de casos complexos ou novos; a interação com a equipe NASF é bem articulada, mas empobrecida no formato em que é realizada a comunicação; o acompanhamento das atividades de prevenção de doenças e promoção de saúde acontece a partir da percepção subjetiva dos profissionais, e não com indicadores ou metas estabelecidos.

6.2 Tecnologia

Notamos a subutilização da única tecnologia de auxílio na GC que existe na AB como um todo, a plataforma e-SUS AB. Ressaltou-se que todas as informações dos usuários são registradas no prontuário em papel para que a informação não se perca. P1 e P2 relataram a subutilização desse sistema, principalmente pela instabilidade e dificuldades de utilização da plataforma. P2 ainda detalhou como é a utilização da plataforma:

P2: “O e-SUS puxa relatórios consolidados como cadastro domiciliar, cadastro individual, situação do território, produção da equipe como atendimentos, procedimentos, síndromes, vacinação. Alguns ACS dão uma olhada de vez em quando para saber como está sua área. Não estamos utilizando tudo que tem na plataforma. (...) Não funciona direito, parece que é o provedor que cai, mas eu não entendo muita coisa também. Mas por isso acabamos perdendo um tempo. (...) Todos alimentam a plataforma, as ACS, auxiliar de enfermagem, enfermeira, eu, médico. (...) Estamos começando a usar o e-SUS como plataforma para indicadores na equipe, mas precisa pegar o hábito ainda.”

Asso, como P1 e P2, P4 também relatou que sua equipe ainda utiliza a plataforma como prontuário eletrônico e agenda de atendimentos:

P4: “Escrevemos no prontuário se teve que passar em outro lugar, ou se mudou alguma coisa na saúde do paciente. (...) O e-SUS é muito falho, não funciona direito como nós gostaríamos. Mas utilizamos em tudo, todos os atendimentos ficam lá, quando tá funcionando. Cadastro e acompanhamento do paciente.

P5 destacou que é realizado o registro tanto em papel quanto no e-SUS, e reconhece a importância da plataforma eletrônica:

P5: “As ACS anotam tudo que é importante no prontuário da pessoa. Aí elas que trocam as informações sobre a pessoa se a ACS responsável por aquela pessoa não tiver (...) O e-SUS é um programa que dá para consultar o cadastro da pessoa, histórico, e ajuda nos dados estatísticos, por exemplo dá para saber quantos diabéticos existem na área de cobertura.”

P6 destaca que, quando realiza o registro de consulta, acredita que o formato em papel seja melhor:

P6: “Eu geralmente faço rodas de conversa no grupo, mas não registro nada. Ou então eu atendo os pacientes em consulta agendada mesmo. (...) Temos o prontuário e o e-SUS. Mais o prontuário que utilizamos mesmo, é mais fácil.”

Destaca-se também que nenhum entrevistado relatou existir algum tipo de treinamento para a utilização da plataforma, quais os benefícios dela no gerenciamento das atividades da unidade, ou se há alguma forma de entrar em contato com os responsáveis pelas falhas no sistema.

Em geral, observamos que, apesar de haver reconhecimento sobre a importância e utilidade da plataforma e-SUS AB, ainda existem problemas como: instabilidade do sistema, falta de treinamento e dificuldade na utilização. Dessa forma, os registros realizados em papel mostraram-se mais confiáveis e comumente realizados.

6.3 Cultura

O primeiro ponto a se destacar sobre a aprendizagem é a interação com a equipe NASF (quando havia essa modalidade de equipe apoiando a unidade). Tanto P1 quanto P2 destacaram a importância dessa equipe multiprofissional de suporte quando surge uma demanda que os profissionais não conhecem:

P1: “A demanda de novos conhecimentos por parte da ESF para aprimoramento da condução da ação é realizada exclusivamente pela equipe NASF.”

P2: “Nós criamos a demanda [de obter novos conhecimentos] para a equipe NASF também.”

Além disso, P2, P3 e P6 destacaram que a prefeitura de suas respectivas cidades disponibiliza capacitações e cursos online sobre temas diversos relacionados à saúde. Como o acesso não é obrigatório, para realizar tais atividades, é necessária a proatividade do profissional para buscar conhecimento continuamente.

Além de eventos realizados pela prefeitura, P5 ressaltou também a importância da parceria com a universidade e sua equipe de saúde:

P5: “A prefeitura dá palestras abertas para os profissionais da unidade. Aí cabe a cada um querer ir (...). Tem também a parceria com as universidades. A gente pergunta algumas coisas para os estudantes, principalmente da medicina. Eles aprendem aqui com a gente, mas a gente também aprende com eles.”

P6 e P7 relatou que existe interação entre os membros da equipe, fora das reuniões semanais, para resolução de outras demandas. Isso mostra que há um ambiente de interação entre os profissionais, com clima de ajuda mútua:

P7: “O resto [dos casos que não foram discutidos em reuniões de equipe] nós conversamos entre nós mesmo em outra hora.”

P6: “Se eu tenho uma dúvida sobre odonto por exemplo, eu vou lá e pergunto para a dentista.”

Podemos destacar, portanto, que existe a cultura de ajuda mútua entre os membros da equipe, principalmente para a resolução de casos complexos. No entanto, notamos que a educação continuada é realizada por profissionais que são proativos e buscam novos conhecimentos independentemente da demanda.

6.4 Apoio da Alta Gerência

No que diz respeito à alta gerência, observam-se comportamentos distintos. Tanto no grupo de caminhada quanto no grupo de alongamento, há a centralização das informações pela coordenadora do projeto P3, a fisioterapeuta pertencente a equipe NASF.

P4: “A fisioterapeuta que dá as orientações, a gente só fica ajudando a organizar, chamar os pacientes que precisa ou que pode participar, arrumar o espaço. (...) A avaliação do grupo de alongamento é com

fisioterapeuta. Ela que faz umas avaliações e anota no prontuário que é dela.”

P5 e P7 não reconheceram que haja alguma coordenação centralizada sobre o grupo, pois é uma atividade contínua e que conta com a colaboração de todos. P7 ainda afirmou que a equipe discute os próximos passos do PSE nas reuniões de equipe. Nesse mesmo sentido, P6 acredita que por ser uma atividade já estabelecida na unidade, e que não existe uma coordenação, mas há um fluxo contínuo da atividade:

P6: “Todos nós vamos discutindo os próximos passos e acompanhamos o desempenho da atividade”

Ressaltamos, portanto, que nesse item particularmente houve divergência entre as respostas. Aquelas equipes que possuíam uma equipe NASF participando ativamente das atividades, acreditavam que a coordenação das atividades era centralizada. Já as ações que não tinham o suporte de uma equipe NASF mostrou caráter mais fluido em sua coordenação.

7 PRINCIPAIS ACHADOS E DISCUSSÃO

Nesse capítulo são discutidos os principais achados a partir da aplicação do Modelo de Maturidade da GC. Além disso, uma análise sobre a utilização do instrumento é realizada.

7.1 Análise das ações de prevenção de doenças e promoção de saúde

As dificuldades de gerenciamento e operacionais nas ações de promoção de saúde são fragilidades importantes na AB (PRADO; SANTOS, 2018). Esses obstáculos foram notados durante a coleta de dados do presente estudo, na medida em que verificamos que não há indicadores de planejamento e/ou monitoramento das ações. Contudo, cabe ressaltar que no momento da coleta de dados dessa pesquisa, a AB estava sobrecarregada com o aumento da demanda causada pela pandemia de COVID-19 (SAVASSI et al., 2020), e com as ações suspensas temporariamente, alguns elementos podem ter sido comprometidos pela memória dos participantes.

Apesar disso, a literatura já mostrava que a limitação de recurso tanto humanos quanto materiais, a falta da cultura de educação permanente das equipes e a dificuldade de criação de vínculo e participação da comunicação são alguns fatores que restringe a efetividade das ações de promoção de saúde e prevenção de doenças na AB (HEIDEMANN; WOSNY; BOEHS, 2014). Isso corrobora com o que foi encontrado, principalmente com a educação permanente sobre gestão de ações de promoção de saúde e TI.

O funcionamento das ações estudadas tinha grandes lacunas de planejamento e monitoramento, demonstrando o caráter de continuidade de atividades, sem objetivo ou metas estabelecidas. Além disso, notou-se maior ênfase no caráter curativo nas falas dos profissionais e uma menor importância para a promoção de saúde e prevenção de doenças. O trabalho de Heidemann, Wosny e Boehs (2014) mostrou que podem existir limitações na incorporação de ações de promoção de saúde em Equipes de Saúde da Família, pela falta de compreensão total sobre o conceito explicado na Política Nacional de Promoção de Saúde.

Outro ponto em destaque é sobre o apoio da alta gerência para a condução das atividades. O estudo de Peruzzo e colaboradores (2018) revela que o papel de liderança é percebida como pertencente ao profissional da enfermagem. Para o

presente estudo, não foi possível o contato com algum profissional bacharel em enfermagem, mas seu papel não foi citado com de líder ou coordenador das atividades. Apesar do papel de gerência e cuidados atrelados aos enfermeiros nas Equipes de Saúde da Família, ainda existem poucos estudos que abordam as fragilidades desses processos (FERREIRA; ABRAHÃO, 2020).

7.2 Nível de maturidade da GC na AB

A partir da coleta de dados, podemos destacar dois aspectos principais: (1) não há o uso estabelecido de TIC como parte integrante do cotidiano, sendo sua utilização superficial e, às vezes, até reconhecida pelos profissionais como uma tecnologia que precisaria ser mais explorada; (2) apesar da maioria dos entrevistados indicarem a importância de alguns aspectos que envolvem GC, tais atividades e processos podem ser considerados parcialmente descritos, pois o fluxo de trabalho é informalmente estabelecido, e pouco documentado. Por esses dois aspectos identificados, podemos afirmar que o nível de maturidade da AB do estado de São Paulo se caracteriza como “Replicável”.

O primeiro aspecto destacado pode ser justificado pela falta de treinamento sobre a utilização da TIC na AB. Não houve relatos por parte dos profissionais quanto a qualquer tipo de capacitação sobre a utilização da plataforma e-SUS AB, ou algum tipo de explicação sobre os objetivos concretos dessa tecnologia. Além disso, quando um profissional não vislumbra o ganho de se realizar determinada atividade, dificilmente essa atividade é mantida no cotidiano.

A literatura mostra uma série de fatores que os softwares na área da saúde como o e-SUS podem contribuir positivamente: melhora na qualidade do serviço prestado, auxílio na integração entre toda a Rede de Atenção à Saúde, facilitar o agendamento de consultas, dar fácil acesso ao prontuário do paciente, reduzir a quantidade de dados a serem coletados (ARAUJO et al., 2019; MEDEIROS et al., 2017; SANTOS et al., 2017; GAVA et al., 2016). Apesar disso, ainda observa-se muita resistência em relação a sua utilização, não havendo consonância tanto na utilização dos dados coletados e aproveitamento em nível local, bem como a subutilização de sistemas de informação na AB para planejamento das ações de prevenção de doenças e promoção de saúde (DAMÁSIO; WEIMER; ROSA, 2018).

Dificuldades em inserir os dados em plataformas, incorporação de novas atividades sem vislumbrar a facilitação de ações de forma clara e a inviabilidade em informatizar as relações de cuidado físico podem ser fatores que dificultam a incorporação das TIC na AB (GAVA et al, 2016). Ainda hoje, na Era Digital, há baixa apropriação das TIC na AB, sendo apenas 13,5% das equipes desse nível de atenção possuem alto grau de incorporação de TIC (SANTOS et al., 2017). Isso mostra a necessidade de se investir na implantação dessa modalidade de tecnologia.

Apesar da tendência mundial em desenvolver, implementar e aprimorar tecnologias voltadas para gestão de informação na AB, o Brasil ainda possui uma capacidade tecnológica limitada em seu território nacional, na medida em que demonstram ter limitadas adequações legislativas voltadas para a responsabilidade legal sobre a privacidade de dados; além da infraestrutura adequada para o alcance da internet para toda a população (COELHO; MORAIS; ROSA, 2020). Isso mostra que a baixa implementação de TIC na AB transcende fatores resistência locais de profissionais da saúde.

Sobre as relações internas, as reuniões em equipe foram citadas por todos os profissionais entrevistados, mostrando que esse é um importante momento para a interação da equipe, principalmente para discussão de casos complexos. Contudo, cabe ressaltar que não foi mencionado que nesse espaço ocorra o planejamento e avaliação das ações da equipe, como preconizado na Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2017).

Para além dessas reuniões, destacamos também o relato sobre discussões fora desse momento. A prática colaborativa e o trabalho em equipe combinados são fatores cruciais para prover ações de cuidado à saúde na AB com melhor qualidade (PEDUZZI; AGRELI, 2018).

Em relação a alta gerência dos grupos analisadas, observa-se que, por um lado algumas pessoas enxergam a liderança naqueles com maior formação estudantil, como no caso da fisioterapeuta dos grupos de caminhada e alongamento. Observou-se nesse caso em particular, que há a centralização da informação nessa gestora. Por outro lado, as atividades de acompanhamento de pessoas com doenças crônicas (diabéticos e hipertensivos) não tiveram o reconhecimento de uma liderança, pois as atividades já são estabelecidas e não precisam ser fomentadas por um gestor.

O processo de trabalho centrado no papel do médico, com caráter curativo, ainda é uma das grandes dificuldades das Equipes Saúde da Família (HEIDEMANN;

WOSNY; BOEHS, 2014). Isso acarreta na menor articulação e autonomia da equipe de saúde, que deveria ser igualmente protagonista dos processos de cuidado.

Outro ponto a se destacar é sobre a equipe NASF. Essa modalidade de equipe só é instaurada em locais de alta vulnerabilidade do SUS, respeitando a diretriz de equidade do sistema. O Núcleo mostrou-se como uma peça chave para o suporte da Equipe Saúde da Família. Além de auxiliarem no atendimento da população local, são também uma fonte confiável para adquirir novas informações.

A integração entre Equipe Saúde da Família e NASF também foi encontrada no trabalho de Iacobo e Furtado (2020), em que analisaram o funcionamento de um NASF e concluíram que os núcleos possibilitam a incorporação de novos conhecimentos nas Equipes Saúde da Família. Contudo, apesar dos 10 anos de existência do NASF e de sua proposta inovadora, a heterogeneidade das realidades sociodemográficas dos municípios brasileiros deve estar em consonância a essa equipe, ou seja, é necessária a formação permanente desses profissionais de forma a suprir as carências locais (MELO et al., 2018).

Outro ponto a se destacar é o relato de P6 sobre a reunião com a rede de saúde. Essa rede é formada por diversas unidades dos mais variados níveis de atenção, que vão além das unidades de Saúde da Família. Essa integração em rede é de grande importância para que os usuários tenham acesso ao atendimento integral.

Apesar da relevância desta integração, ainda existe pouca integração entre os níveis de atenção entre si e entre os sistemas de saúde públicos e privados (CECÍLIO; REIS, 2018). Ainda que todos saibam que a AB é a coordenadora do cuidado, não existem condições estruturais para que ela sirva como centro de comunicação da rede de saúde (CECÍLIO et al., 2012).

7.3 Aplicação do Modelo de Maturidade da GC

Sobre a aplicação do Modelo de Maturidade da Gestão do Conhecimento, não foram encontradas grandes dificuldades de implementação, uma vez que, para entrevistas semiestruturadas, há margem para outras perguntas, a fim de direcionar o que se quer saber. Vale ressaltar que o(a) entrevistador(a) precisa ter ciência dos objetivos de cada fator chave do modelo para conseguir explorar assuntos correlatos relevantes durante a entrevista.

Em contrapartida, o pouco tempo disponível dos entrevistados foi um dos principais limitadores para esse formato de modelo, pois não foi possível explorar determinadas temáticas a fundo como o âmbito da alta gerência. Recomenda-se portanto, o agendamento da entrevista com tempo estimado de 40 a 60 minutos. Vale ressaltar que pela alta demanda de trabalho da AB, principalmente no contexto da pandemia de COVID-19, acreditou-se que haveria pouca adesão caso fosse necessária essa estimativa de tempo para a coleta de dados.

O uso da entrevista semiestruturada mostrou-se como um facilitador para a aplicação do presente modelo em si. Contudo, cabe ressaltar que esse tipo de coleta de dados necessita da interação direta entre entrevistador e entrevistado, limitando o número de participantes em relação ao tempo, além ter maior custo se comparado com outros formatos de coleta de dados, como formulários com escala likert. Além disso, quando realizada presencialmente, esse formato de coleta de dados exige um espaço reservado com pouco barulho, o que são fatores escassos em uma unidade de saúde da AB.

Em relação aos resultados obtidos a partir do modelo proposto, notou-se a confirmação de resultados hipotéticos pela pesquisadora, como a necessidade de maior exploração das TIC e, atrelado a isso, a necessidade de atividades de treinamento e conscientização sobre o uso dessas tecnologias pela equipe.

Por outro lado, surgiram achados de grande importância e acréscimo para a literatura como o papel do NASF como fonte de criação de conhecimento, e não somente como suporte das atividades da Equipe Saúde da Família. Além disso, notou-se que há a interação de um membro da equipe com a rede de saúde presente em sua região. Essa interação deve ser fomentada para todo o restante dos profissionais, para que conheçam a rede de saúde de sua região e, assim, possam fornecer um melhor atendimento integrado à população.

Um item desse modelo que requer atenção é a alta gerência e seu papel de liderança. Uma hipótese é que a pergunta não foi suficientemente bem formulada para obtenção da resposta adequada. Outra hipótese é que, apesar de haver uma hierarquia gerencial nas unidades, talvez no dia a dia haja maior horizontalidade em relação às decisões. Isso pode indicar, portanto, que não existe concentração de poder nas atividades internas das unidades.

Uma recomendação para utilização do modelo em pesquisas futuras é a triangulação das informações por meio de fontes secundárias e a observação

presencial. Não houve oportunidade para executar ambas as recomendações, pois a coleta de dados foi realizada durante a pandemia de COVID-19, em que o recomendado era o distanciamento social.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

8.1 Contribuições do Estudo

O objetivo deste trabalho foi determinar o nível de maturidade da GC da AB do estado de São Paulo. A partir do modelo criado, constatou-se que a AB possui nível “Replicável” de maturidade da GC. A partir disso, pode-se concluir que os próximos passos para aprimoramento da maturidade na GC são as melhorias relacionadas às TICs, sua infraestrutura e incorporação nas atividades cotidianas da equipe de saúde da ESF.

Este trabalho desenvolveu um modelo de maturidade inédito na literatura, na medida em que foi construído com enfoque na área da saúde com aplicação em um nível de atenção específico, a AB. Dessa forma, esse estudo pode servir como base para o desenvolvimento de outros modelos de maturidade da GC na área da saúde e em diferentes níveis de atenção. Apesar da grande relevância do tema, existem poucos trabalhos abordam tema interdisciplinares relacionados à modelos de maturidade, gestão do conhecimento e sua aplicação na área da saúde, principalmente na AB.

A partir da aplicação desse modelo de maturidade, pudemos identificar fatores importantes sobre a GC, sendo os principais achados a importância do suporte da equipe NASF enquanto fonte de conhecimentos para os profissionais das equipes de Saúde da Família; a necessidade de melhorias relacionadas à infraestrutura das TICs bem como treinamentos voltados para a importância e usabilidade dessas ferramentas; e a importância sobre a responsabilização das ações em saúde para atribuição de hierarquia de tarefas e organização dessas atividades; necessidade de se entender mais sobre os processos da AB no âmbito da GC, para que se possa melhorar as atividades.

Outro achado relevante diz respeito ao método escolhido para a proposta de modelo de maturidade. A escolha do formato em entrevista semiestruturada trouxe pontos positivos como a facilidade de aplicação, tendo em vista que a pesquisa tinha ciência do objetivo de busca de todos os itens e pode explorar cada um, de acordo com o tempo e entendimento de cada entrevistado. Já os pontos de melhoria foram identificados como a importância do agendamento de tempo maiores que os propostos nessa pesquisa, para que cada item seja explorado adequadamente, além

desse formato de coleta de dados proporcionar maior limitação no número de resposta em relação ao tempo.

Espera-se também que este trabalho possibilite a orientação para o desenvolvimento de políticas públicas voltadas para melhoria da GC na AB. De forma secundária, mas não menos importante, também frisamos a importância na melhoria das TICs nesse nível de atenção do SUS. O aprimoramento dos serviços da AB pode trazer benefícios para os serviços, que teriam maior agilidade no atendimento, melhor confiabilidade de dados, ações em saúde voltadas para prevenção de doenças e agravas com acompanhamento de indicadores de efetividade, e melhorias nas condições de saúde de longo prazo.

8.2 Limitações da Pesquisa e Oportunidades de Estudos Futuros

Uma das limitações deste estudo foi a impossibilidade da triangulação dos dados, devido ao contexto pandêmico em que se encontrava o país no momento da coleta de dados. Além disso, não conseguiu-se contato com outros profissionais da mesma ação de promoção de saúde e prevenção de doenças, como exceção do grupo de caminhada orientada. Isso poderia ter enriquecido ainda mais a análise dos dados.

Outra limitação deste estudo foi a quantidade de unidades analisadas. Houve muitas recusas para participação do estudo, provavelmente pela impossibilidade de realizar a coleta de dados presencialmente. Dessa forma, recomenda-se para estudos futuros o convite presencial para realizar o estudo empírico.

Consideradas tais limitações, não se pode afirmar que os achados são generalizáveis. No entanto, acredita-se que foram atingidos os objetivos específicos desta pesquisa.

Para estudos futuros, além da consulta de base de dados secundária e coleta de dados observacionais, recomenda-se incluir os usuários das ações de prevenção de doenças e promoção de saúde nas análises. Isso possibilitaria mais uma fonte para coleta de dados e entender a percepção desse usuário enquanto pertencente ao fluxo de GC das unidades de saúde.

Cabe ressaltar que a proposta de Modelo de Maturidade para a GC da AB não foi aplicada para outros estados das cinco regiões do Brasil. Dessa forma, recomenda-se para estudos futuros a aplicação dessa proposta em outras regiões e estados.

Propõe-se também o acompanhamento longitudinal das ações de saúde utilizando os mesmos parâmetros, a fim de confirmar os dados obtidos através da coleta deste trabalho, bem como verificar a evolução do desenvolvimento da GC na AB.

REFERÊNCIAS

ABUALOUSH, S. et al. The role of knowledge management process and intellectual capital as intermediary variables between knowledge management infrastructure and organization performance. **Interdisciplinary Journal of Information, Knowledge, and Management**, v. 13, p. 279-309, 2018.

ABUBAKAR, A. M. et al. Knowledge management, decision-making style and organizational performance. **Journal of Innovation & Knowledge**, v. 4, n. 2, p. 104-114, 2019.

ALAVI, M.; LEIDNER, D. E. Knowledge management and knowledge management systems: Conceptual foundations and research issues. **MIS quarterly**, p. 107-136, 2001.

BARDIN, L. Análise de conteúdo.(1977). Lisboa (Portugal): Edições, v. 70, p. 225, 2010.

BELLINGER, G.; CASTRO, D.; MILLS, A. Data, information, knowledge, and wisdom. 2004.

BERTRAM, M. Y. et al. Investing in non-communicable diseases: an estimation of the return on investment for prevention and treatment services. *The Lancet*, v. 391, n. 10134, p. 2071-2078, 2018.

BEZERRA, L. C. A. et al. A gestão do conhecimento no contexto de uma emergência em Saúde Pública. O caso da síndrome congênita do Zika vírus, em Pernambuco, Brasil. *An Inst Hig Med Trop*, n. 16 Supl. 2, pgs 47-56, 2017.

BOISOT, M.; CANALS, A. Data, information and knowledge: have we got it right?. **Journal of evolutionary economics**, v. 14, n. 1, p. 43-67, 2004.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Atenção Primária e Promoção da Saúde. Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado, 1988.

BRASIL. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos

serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Rio de Janeiro, RJ, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A implantação da Unidade de Saúde da Família**. Brasília, DF, Série Cadernos de Atenção Básica: Programa Saúde da Família, 2000. 40p.

BRASIL. Ministério da Saúde. e-Gestor Atenção Básica. **Informação e Gestão da Atenção Básica**. Disponível em: <<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/reHistoricoCoberturaAB.xhtml>>. Acesso em: Nov 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Nacionais de Implantação da Estratégia e-SUS Atenção Básica**. Brasília, DF, 2014. 13 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Princípios do SUS**. 2017. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/principios-do-sus>>. Acesso em Jan 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, Série E. Legislação em Saúde. Brasília, DF, 2012. 114 pgs.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAÚDE BRASIL 2017: Uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. 2018. 430 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **O Sistema Público de Saúde Brasileiro**. 2002. 45 p.

BREZNIK, K. Knowledge management—from its inception to the innovation linkage. **Procedia-Social and Behavioral Sciences**, v. 238, p. 141-148, 2018.

CECÍLIO, L. C. de O. et al. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, pg. 2893-2902, 2012.

CECÍLIO, L. C. de O.; REIS, A. A. C. dos. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, p. e00056917, 2018.

COELHO, A. L.; MORAIS, I. de A.; ROSA, W. V. da S. A utilização de tecnologias da informação em saúde para o enfrentamento da pandemia do Covid-19 no Brasil. Brasília, **Cad. Ibero-amer. Dir. Sanit.**, v. 9, n. 3, 2020

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIO DE SAÚDE (CONASS). Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. 2020. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/sao-paulo/>>. Acesso em: Nov 2020.

CORREIA, A. D. da M. S. et al. Políticas públicas de saúde e processo de trabalho em saúde da família. Campo Grande, **Ed. UFMS**, v. 1, 2010. 192 pgs.

COSTA, C. P.; MOURA, H. P. de; LUNA, A. J. H. de O. Modelos de Maturidade de Gestão do Conhecimento: Uma Análise Comparativa. **Knowledge Creation**, 2014.

CRESWELL, John W. **Qualitative, quantitative and mixed methods approaches**. Sage, 2014.

CURTIS, B.; HEFLEY, B.; MILLER, S. The People Capability Maturity Model Overview: Background, Concepts, Structure, and Usage. In:_____. **People capability maturity model (P-CMM) version 2.0**. CARNEGIE-MELLON UNIV PITTSBURGH PA SOFTWARE ENGINEERING INST, 2009.

D'AGOSTINO, M. A informação e gestão do conhecimento na OPAS/OMS: Avanços e propostas. In: Organização Pan-Americana da Saúde. **Gestão do Conhecimento em Saúde no Brasil: avanços e perspectivas**. Brasília, 1ª edição, 144f., 2009.

DAMÁSIO, A. da S.; WEIMER, S. C.; ROSA, M. C. da. Evolução do Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica. **Revista Eletrônica Estácio Saúde**, v. 7, n. 1, p. 81-88, 2018.

DUNCAN, P. et al. "Health for all" in England and Brazil?. **International Journal of Health Services**, v. 45, n. 3, p. 545-563, 2015.

EHMS, K.; LANGEN, M. Holistic development of knowledge management with KMMM. **Siemens AG**, v. 1, p. 1-8, 2002.

ESCRIVÃO, G.; SILVA, S. L. da. Maturidade da gestão do conhecimento: a importância da infraestrutura organizacional para o desenvolvimento dos estágios. **Perspectivas em Ciência da Informação**, v. 25, n. 4, pgs 218-241, 2020.

FAUCHER, J. B. P. L.; EVERETT, A. M.; LAWSON, R. What do we know about knowledge. **Knowledge management: Theoretical foundations**, p. 41-78, 2008.

FERREIRA, A. S.; ABRAHÃO, A. L. Gerência do cuidado em Enfermagem na Estratégia Saúde da Família: revisão sistemática. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 5, 2020.

GAO, F.; LI, M.; CLARKE, S. Knowledge, management, and knowledge management in business operations. **Journal of knowledge management**, v. 12, n. 2, p. 3-17, 2008.

GEPHART JR, Robert P. Qualitative research and the Academy of Management Journal. 2004.

GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde?. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 8, p. 1-5, 2018.

GUSSO, G. D. F.; BENSENOR, I. J. M.; OLMOS, R. D. Terminologia da atenção primária à saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, n. 1, p. 93-99, 2012.

HEIDEMANN, I. T. S. B.; WOSNY, A. de M.; BOEHS, A. E. Promoção da Saúde na Atenção Básica: estudo baseado no método de Paulo Freire. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 8, pgs 3553-3559, 2014.

HO, C. T. The relationship between knowledge management enablers and performance. **Industrial Management & Data Systems**, v. 109, n. 1, p. 98-117, 2009.

HONE, T. O Futuro dos Sistemas Universais de Saúde: Como o Sistema Único de Saúde Brasileiro pode aprender com o Serviço Nacional de Saúde (NHS) do Reino Unido?. In: CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **CONASS Debate: O futuro dos sistemas universais de saúde**. 1. ed. Brasília. 2018. p. 12-23.

IACABO, P.; FURTADO, J. P. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: análises estratégica e lógica. **Saúde em Debate**, v. 44, p. 666-677, 2020.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Sidra - Estimativas de população**: população residente estimada (tabela 6579). Disponível em: <<https://sidra.ibge.gov.br/tabela/6579>>.2018.

KARAMITRI, I.; TALIAS, M. A.; BELLALIM T. Knowledge management practices in healthcare settings: a systematic review. **Int J Health Plann Mgmt**, n. 32, pgs. 4–18, 2017.

KEBEDE, G. Knowledge management: An information science perspective. **International Journal of Information Management**, v. 30, n. 5, p. 416-424, 2010.

KISLOV, R.; WALSH, K.; HARVEY, G. Managing boundaries in primary care service improvement: a developmental approach to communities of practice. **Implementation Science**, v. 7, n. 1, p. 97, 2012.

KRAEMER, R. et al. Maturidade de gestão do conhecimento: uma revisão sistemática da literatura para apoiar o desenvolvimento de novos modelos de avaliação. **Perspectivas em Gestão & Conhecimento**, v. 7, p. 66-79, 2017.

LEE, H.; CHOI, B. Knowledge management enablers, processes, and organizational performance: An integrative view and empirical examination. **Journal of Management Information Systems**, v. 20, n. 1, p. 179-228, 2003.

MAIER, A. M.; MOULTRIE, J.; CLARKSON, P. J. Assessing organizational capabilities: reviewing and guiding the development of maturity grids. **IEEE transactions on engineering management**, v. 59, n. 1, p. 138-159, 2011.

MEDEIROS, J. B. et al. O e-SUS Atenção Básica e a coleta de dados simplificada: relatos da implementação em uma estratégia saúde da família. **Revista de APS**, v. 20, n. 1, 2017.

MEDINA, M. G. et al. Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de Saúde da Família? **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, n. especial, pgs 69-82, 2014.

MELO, E. A. et al. Dez anos dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf): problematizando alguns desafios. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 328-340, 2018.

NICOLETTI, M. A.; DE MATTOS FARIA, T. Análise comparativa dos sistemas de saúde brasileiro e britânico na atenção básica. **Infarma-Ciências Farmacêuticas**, v. 29, n. 4, p. 313-327, 2017.

NONAKA, I.; TAKEUCHI, H. The Knowledge-creating Company. **New York: Oxford University Press**, 1995, 284p.

OHIRA, R. H. F.; CORDONI JUNIOR, L.; NUNES, E. F. P. A. Análise das práticas gerenciais na Atenção Primária à Saúde nos municípios de pequeno porte do norte do Paraná, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 4439-4448, 2014.

OLIVA, F. L. Knowledge management barriers, practices and maturity model. **Journal of Knowledge Management**, 2014.

OLIVEIRA, Z. O. O. et al. Modelos de maturidade de gestão do conhecimento aplicados nas organizações: uma revisão da literatura. **Rev. Lat.-Am. Inov. Eng. Prod**, v. 8, n. 13, p. 172-186, 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Noncommunicable diseases. 2018. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>>. Acesso em: Fev 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. 2015. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5849:objetivos-de-desenvolvimento-sustentavel&Itemid=875>. Acesso em: Dez 2020.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, p. 1525-1534, 2018.

PERUZZO, H. E. et al. Os desafios de se trabalhar em equipe na estratégia saúde da família. **Esc Anna Nery**, v. 22, n. 4, 2018.

PRADO, N. M. B. L.; SANTOS, A. M. dos. Promoção da saúde na Atenção Primária à Saúde: sistematização de desafios e estratégias intersetoriais. Rio de Janeiro: **Saúde Debate**, v. 42, pgs 379-395, 2018.

RAMOS, N. K.; YAMAGUCHI, C. K.; DA COSTA, U. M. Gestão do conhecimento e tecnologia da informação como estratégia de competitividade nas organizações. In: **Congresso Internacional de Conhecimento e Inovação—Ciki**. 2019.

ROCHA et al. Gestão do Conhecimento na Saúde: Revisão Sistemática de Literatura. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 20, n. 2, 2012.

ROSENBERG, G.; OHAYON, P.; BASTISTA, F. F. Gestão do conhecimento em organizações públicas de saúde no Brasil: diagnóstico de práticas. **Revista do Serviço Público Brasília**, v. 59, n. 1, pgs 43-60, 2008

SABHERWAL, R.; BECERRA-FERNANDEZ, I. An Empirical Study of the Effect of Knowledge Management Process at Individual, Group, and Organizational Levels. **Decision Sciences**, v. 34, n. 2, 2003.

SANTOS, Al. de F. dos et al. Incorporação de Tecnologias de Informação e Comunicação e qualidade na atenção básica em saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, p. e00172815, 2017.

SANTOS, B. R. P. dos; DAMIAN, I. P. M. Análise da Gestão da Informação na Atenção Básica em Saúde: um estudo em Unidades de Saúde da Família. **Informação & Sociedade**, v. 29, n. 3, 2019.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo. Conselho de Secretários Municipais de Saúde de São Paulo. **Organização das ações na atenção primária à saúde no contexto da COVID-19**. São Paulo. 35 pgs. Jun 2020.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado do Saúde de São Paulo. **Plano Estadual de Saúde**. São Paulo. 228 pgs. 2016.

SAVASSI, L. C. M. et al. Ensaio acerca das curvas de sobrecarga da COVID-19 sobre a atenção primária. **Manag Prim Health Care**, v. 12, n. 38, pgs 1-13, 2020.

SCHUMAKER, R. P. From data to wisdom: the progression of computational learning in text mining. **Communications of the IIMA**, v. 11, n. 1, p. 4, 2011.

STEWART, T; RUCKDESCHEL, C. Intellectual capital: The new wealth of organizations. **Performance Improvement**, v. 37, n. 7, p. 56-59, 1998.

TAKEUCHI, H.; NONAKA, I. Criação e dialética do conhecimento. **Gestão do conhecimento**. Porto Alegre: Bookman, v. 319, 2008.

TOASSI, R. F. C.; PETRY, P. C. Metodologia científica aplicada à área da saúde. Editora UFRGS, 2ª. Edição, 2020.

YEH, Y. J.; LAI, S. Q.; HO, C. T. Knowledge management enablers: a case study. **Industrial Management & Data Systems**, v. 106, n. 6, p. 793-810, 2006.

ZANGIROLAMI-RAIMUNDO, J.; ECHEIMBERG, J. de O.; LEONE, C. Tópicos de metodologia de pesquisa: Estudos de corte transversal. **Journal of Human Growth and Development**, v. 28, n. 3, pgs 356-360, 2018.