

UNIVERSIDADE DA REGIÃO DE JOINVILLE - UNIVILLE  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO  
DOUTORADO EM SAÚDE E MEIO AMBIENTE

PATRICIA ESTHER FENDRICH MAGRI

EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL EM SAÚDE E GESTÃO DO CONHECIMENTO:  
APOIO À INTEGRAÇÃO ENSINO - SERVIÇO

Joinville-SC

2019

PATRICIA ESTHER FENDRICH MAGRI

EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL EM SAÚDE E GESTÃO DO CONHECIMENTO:  
APOIO À INTEGRAÇÃO ENSINO - SERVIÇO

Tese de doutorado apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Saúde e Meio Ambiente, na Universidade da Região de Joinville – UNIVILLE. Orientadora: Dra. Sandra Aparecida Furlan  
Coorientadores: Dra. Selma Cristina Franco e Dr. Marcelo Leandro de Borba.

Joinville-SC

2019

Catálogo na publicação pela Biblioteca Universitária da Univille

M212e	<p>Magri, Patricia Esther Fendrich Educação interprofissional em saúde e gestão do conhecimento: apoio à integração ensino-serviço/ Patricia Esther Fendrich Magri; orientadora Dra. Sandra Aparecida Furlan ; coorientadores Dra. Selma Cristina Franco e Dr. Marcelo Leandro de Borba. – Joinville: UNIVILLE, 2019.</p> <p>248 p.: il. ; 30 cm</p> <p>Tese (Doutorado em Saúde e Meio Ambiente – Universidade da Região de Joinville)</p> <p>1. Educação médica. 2. Pessoal da área de saúde - Formação. 3. Gestão do conhecimento. I. Furlan, Sandra Aparecida (orient.). II. Franco, Selma Cristina (coorient.). III. Borba, Marcelo Leandro de (coorient.). IV. Título.</p> <p>CDD 610.7</p>
-------	---

## Termo de Aprovação

“Educação Interprofissional em Saúde e Gestão do Conhecimento: Apoio à Integração Ensino - Serviço”

por

Patricia Esther Fendrich Magri

Tese julgada para a obtenção do título de Doutora em Saúde e Meio Ambiente, área de concentração Saúde e Meio Ambiente e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde e Meio Ambiente.



Profa. Dra. Sandra Aparecida Furlan  
Orientadora (UNIVILLE)



Profa. Dra. Selma Cristina Franco  
Coorientadora (UNIVILLE)

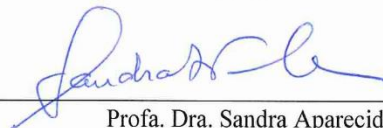


Prof. Dr. Marcelo Leandro de Borba  
Coorientador (UNIVILLE)

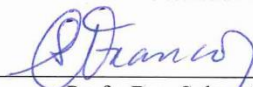


Prof. Dr. Paulo Henrique Condeixa de França  
Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Meio Ambiente

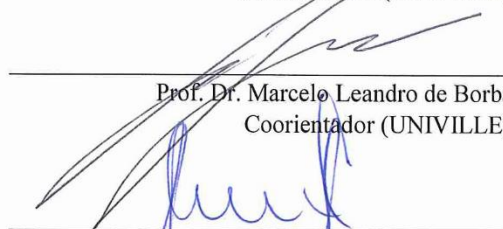
### Banca Examinadora:



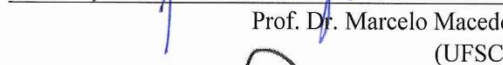
Profa. Dra. Sandra Aparecida Furlan  
Orientadora (UNIVILLE)



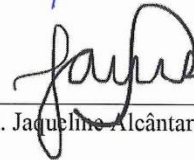
Profa. Dra. Selma Cristina Franco  
Coorientadora (UNIVILLE)



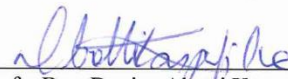
Prof. Dr. Marcelo Leandro de Borba  
Coorientador (UNIVILLE)



Prof. Dr. Marcelo Macedo  
(UFSC)



Profa. Dra. Jacqueline Alcântara Marcelino da Silva  
(UFSCAR)



Profa. Dra. Denise Abatti Kasper Silva  
(UNIVILLE)

Joinville, 21 de agosto de 2019

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus filhos Rodrigo Fendrich Magri e Guilherme Fendrich Magri, para os quais eu quero deixar o legado de muito amor, dedicação, estudo e trabalho para obter conquistas pessoais e profissionais.

## AGRADECIMENTOS

Quero agradecer primeiramente a Deus pela vida e pelo amor que nutra a minha rotina diária;

Aos meus pais pela boa educação e exemplo de comprometimento e responsabilidades;

Ao meu marido Max e aos nossos filhos Rodrigo e Guilherme pelo amor, carinho e compreensão durante toda caminhada diária;

À orientadora Dra. Sandra Aparecida Furlan e aos coorientadores Dra. Selma Cristina Franco e Dr. Marcelo Leandro de Borba que não mediram esforços para me ajudar nessa trajetória que começou sem muitos conhecimentos prévios sobre o tema do estudo;

À Dra. Jaqueline Alcântara Marcelino, que muito contribuiu e me incentivou a estudar a Educação Interprofissional, tanto quanto apontar os ajustes necessários para que o tema fosse abordado com coerência e a formalidade que a academia exige;

À professora Dra. Denise Abatti Kasper Silva, que me acompanhou desde o início da estruturação do projeto;

Ao professor Dr. Marcelo Macedo gratidão por ter aceito compor a banca de avaliação do estudo;

À UNIVILLE, a Universidade que me proporcionou o curso e tornou possível esta conquista;

Às pessoas que aceitaram participar do estudo como entrevistados;

À todas as pessoas que de perto ou de longe me incentivaram a alcançar o título de Doutora!

“Obrigado à todas as pessoas que contribuíram para meu sucesso e para meu crescimento como pessoa. Sou o resultado da confiança e da força de cada um de vocês.” (Augusto Branco)

## Resumo

Este estudo versa sobre a gestão do conhecimento (GC) e a educação interprofissional (EIP). É um trabalho inédito que articula os dois temas. A EIP é um modelo de formação que prevê a aprendizagem com pessoas de diferentes formações e que articula os serviços de saúde e as instituições formadoras para melhoria da qualidade da formação e atendimento integrado e colaborativo. A legislação que orienta a graduação na área da saúde exige a integração entre duas instituições com finalidades diferentes (ensino e serviço), que utilizam práticas distintas de produção, socialização e registro do conhecimento, o que instiga a estudar a GC. Assim, o objetivo deste trabalho é propor um modelo de GC, fundamentado na EIP, para apoiar a integração entre ensino e serviço em saúde. É um estudo de abordagem qualitativa que compreendeu cinco fases: apresentação dos referenciais teóricos adotados para proposição do modelo de GC; caracterização do ambiente de estudo (Universidade comunitária e Secretaria de Saúde do Município- SES); alinhamento dos conceitos e processos da GC e da EIP para proposição do modelo de GC, necessário em função das diferenças conceituais e de terminologia, existentes entre a GC e a EIP; exposição do modelo híbrido de GC proposto com base no referencial de Batista (2012; 2015), iniciado pela definição dos direcionadores estratégicos comuns às instituições que possam favorecer a EIP, os viabilizadores de EIP (mecanismos curriculares, do educador, de apoio institucional, de cultura de trabalho e ambientais – OMS, 2010); a tecnologia; processos, pessoas e aprendizagem (PPA); o processo interativo de GC (problematizar, discutir, planejar, compartilhar, formalizar, executar, avaliar, armazenar e disseminar); o ciclo KDCA (conhecer/planejar, executar, verificar e atuar corretivamente); os resultados de GC e o papel da liderança na GC como componentes do modelo, e verificação da adequação do modelo de GC sugerido ao ambiente de estudo. Realizaram-se no total, 24 entrevistas com coordenadores e professores da área da saúde da Universidade, e com coordenadores e profissionais de saúde da SES. As entrevistas foram transcritas, e seu conteúdo foi analisado de acordo com a metodologia proposta por Bardin (2010). A verificação da adequação com base nas entrevistas demonstrou que o modelo de GC proposto é adequado para apoiar a integração entre o ensino e os serviços de saúde, porém existem barreiras a serem superadas. O grande desafio é a definição dos direcionadores estratégicos comuns, a valorização dos viabilizadores de EIP para orientar as ações de integração entre o ensino e os serviços de saúde, a criação de um “Ba” (lugar) sistemático para conversão do conhecimento e interatividade, além da capacitação para o uso de ferramentas tecnológicas. Conclui-se que o modelo de GC proposto e fundamentado na EIP em saúde é um recurso importante no apoio à integração ensino e serviço. Direcionadores estratégicos comuns e que orientam os processos de criação, organização, registros e disseminação do conhecimento são essenciais para que as finalidades de cada uma das instituições (serviço de saúde e instituição formadora) possam ser preservadas e alcançadas.

Palavras-chave: Modelo descritivo GC; Modelo prescritivo GC; Integração Ensino - Serviço em Saúde; Educação Interprofissional.

## Abstract

This study deals with knowledge management (KM) and interprofessional education (IPE). It is an unpublished work that articulates the two themes. IPE is a training model that provides learning with people from different backgrounds and that articulates health services and educational institutions to improve the quality of training and integrated and collaborative care. The legislation that guides graduation in health requires the integration between two institutions with different purposes (teaching and service), which use different practices of production, socialization and knowledge registration, which prompts the study of KM. Thus, the objective of this paper is to propose a KM model, based on IPE, to support the integration between teaching and health service. It is a qualitative approach study that comprised five phases: presentation of the theoretical references adopted for proposing the KM model; characterization of the study environment (Community University and Municipal Health Secretariat - SES); alignment of KM and IPE concepts and processes for proposing the KM model, necessary due to the conceptual and terminological differences that exist between KM and IPE; exposure of the proposed hybrid KM model based on Batista's framework (2012; 2015), initiated by the definition of the strategic drivers common to the institutions that may favor the IPE, the IPE enablers (curriculum, educator, institutional support, work and environmental culture - WHO, 2010); The technology; processes, people and learning (PPL); the interactive KM process (problematizing, discussing, planning, sharing, formalizing, executing, evaluating, storing and disseminating); the KPEA cycle (knowing / planning, executing, verifying and acting correctly); KM results and the role of leadership in KM as model components, and verification of the adequacy of the suggested KM model to the study environment. In total, 24 interviews were conducted with coordinators and health professors of the University, and with coordinators and health professionals from SES. The interviews were transcribed, and their content was analyzed according to the methodology proposed by Bardin (2010). The adequacy check based on the interviews showed that the proposed KM model is adequate to support the integration between teaching and health services, but there are barriers to be overcome. The major challenge is the definition of common strategic drivers, the enhancement of the IPE enablers to guide the integration actions between education and health services, the creation of a systematic "Ba" (place) for knowledge conversion and interactivity, beyond the qualification for the use of technological tools. It is concluded that the KM model proposed and based on IPE in health is an important resource to support the teaching and service integration. Common strategic drivers who guide the processes of knowledge creation, organization, registration and dissemination are essential so that the purposes of each institution (health service and educational institution) can be preserved and achieved.

Keywords: KM descriptive model; KM Prescriptive model; Integration Teaching - Health Service; Interprofessional Education.



## LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Espiral do Conhecimento .....	30
Figura 2. Modelo de gestão do conhecimento para uma equipe de estudantes e professores em universidades.....	40
Figura 3. Modelo Conceitual de Gestão do Conhecimento e os múltiplos feedbacks dos quais dependem os processos de gestão.....	42
Figura 4. Framework G-U-I-N (Governo, Universidade, Indústria e Redes/ Network) com os principais fatores capazes de tornar os relacionamentos entre universidade e indústria mais bem sucedidos. ....	45
Figura 5. Modelo genérico de GC para o ambiente universitário.....	487
Figura 6. Modelo de GC para a administração pública .....	554
Figura 7. Determinantes Sociais: modelo de Dahlgren e Whitehead .....	63
Figura 8. Princípios Doutrinários do SUS .....	67
Figura 9. Princípios organizativos do SUS .....	68
Figura 10. Modelo de Educação Interprofissional e Prática Colaborativa.....	89
Figura 11. Representação esquemática das fases do Estudo .....	108
Figura 12. Etapas seguidas para análise de conteúdo das entrevistas.....	118
Figura 13. Fluxo do conhecimento entre os macrodeterminantes para EIP .....	122
Figura 14. Fluxo do conhecimento entre os mesodeterminantes para EIP.....	124
Figura 15. Fluxo do conhecimento entre os microdeterminantes para EIP.....	125
Figura 16. Representação da interação entre os macro, meso e micro determinantes de EIP, para alcançar os resultados esperados na formação e na atenção à saúde.....	126
Figura 17. Modelo descritivo de GC, com os determinantes e direcionadores estratégicos, que favorecem a EIP e estimulam práticas colaborativas para alcançar melhores resultados na atenção à saúde.....	133
Figura 18: Modelo descritivo de GC, fundamentado na EIP em saúde, para apoiar a integração entre a formação e a assistência.....	146
Figura 19: Modelo Prescritivo de GC para apoiar a integração entre o ensino e os serviços de saúde, fundamentado na EIP.....	148
Figura 20. Categorias temáticas para verificação da adequação do modelo de GC ....	150
Figura 21. Representação Esquemática da Adequação do Modelo de Gestão do Conhecimento ao Ambiente De Estudo.....	184

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Modelo de análises sobre condições de gestão do conhecimento produzido pelas pesquisas e adaptado ao contexto universitário.....	49
Quadro 2. Missão, Visão e Valores institucionais da Univille e da Secretaria de Saúde de Joinville.....	98
Quadro 3. Participantes da pesquisa entrevistados e respectivas instituições .....	114
Quadro 4. Direcionadores Estratégicos para Apoiar a Integração entre ensino e serviço em Saúde Fundamentos na EIP .....	129
Quadro 5. Trecho das entrevistas que exemplificam os processos de conversão do conhecimento.....	158
Quadro 6. Trechos das entrevistas que destacam o movimento de construção do componente curricular comum – PIS .....	164
Quadro 7. Trechos das entrevistas que destacam o Mecanismo do Educador .....	167
Quadro 8: Trechos das entrevistas: aspectos relacionados à tecnologia.....	180
Quadro 9: Trechos das entrevistas que destacam o uso da tecnologia.....	181

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

**AB** – Atenção básica  
**Abem** – Associação Brasileira de Educação Médica  
**Bireme** – Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde  
**BU** – *Bangkok University*  
**Capes** – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior  
**CFM** – Conselho Federal de Medicina  
**CIHC** - *Canadian Interprofessional Health Collaborative*  
**Cinaem** – Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas  
**CIR** – Comissão Intergestora Regional  
**CNDSS** – Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde  
**CNS** – Conselho Nacional de Saúde  
**COAPES** - Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde  
**Consun** – Conselho Universitário  
**CPs** – Comunidades de Práticas  
**DCN** – Diretrizes Curriculares Nacionais  
**DeGES** - Departamento de Gestão da Educação na Saúde  
**DSS** – Determinantes Sociais Da Saúde  
**EaD** – Ensino à Distância  
**EBSCO** – Acrônimo para “Elton B. Stephens Co”  
**EIP** – Educação Interprofissional  
**EIS** – Instituições de Ensino Superior  
**ESF** – Estratégia de Saúde da Família  
**EUA** – Estados Unidos da América  
**Func** – Fundação Universitária do Norte Catarinense  
**Fundaje** – Fundação Joinvilense de Ensino  
**Furj** – Fundação Educacional da Região de Joinville  
**GC** – Gestão do Conhecimento  
**G-U-I-N** – Governo, Universidade, Indústria e Redes  
**IDA** – Integração Doente-Assistencial  
**Inep** - Instituto Nacional de Estudos Anísio Teixeira  
**Ipec** - *Interprofessional Education Collaborative Expert Panel*  
**KDCA** - *Know, Plan, Execute, Verify and Act correctively*  
**LDB** – Lei De Diretrizes e Base da Educação Brasileira  
**LE** – *Learning Engine*  
**Lilacs** – Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde  
**ME** – Ministério da Educação  
**Medline** – Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica  
**MS** – Ministério da Saúde  
**Nasf-AB** – Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica  
**NDE** – Núcleo Docente Estruturante  
**OMS** – Organização Mundial da Saúde  
**OPAS** – Organização Pan Americana da Saúde

**PBE** – Prática Baseada em Evidência  
**PDCA** – Planejar, Executar, Verificar e Atuar corretivamente  
**PDI** – Plano de Desenvolvimento Institucional  
**PE** – *Production Engine*  
**PET-Saúde** - Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde  
**PGC** – Plano de Gestão do Conhecimento  
**PNAB** – Política Nacional de Atenção Básica  
**PNPS** – Política Nacional de Saúde  
**PPC** – Projetos Pedagógicos de Curso  
**PPI** – Projeto Pedagógico Institucional  
**ProgeSUS** – Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho no Sistema Único de Saúde  
**Promed** - Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares das Escolas Médicas  
**Pró-saúde** - Programa Nacional de Reorientação da Formação de Profissionais em Saúde  
**PSF** – Programa Saúde Família  
**PubMed** – *Public Medline*  
**RAS** – Rede de Atenção à Saúde  
**RE** – *Research Engine*  
**REIP** - Rede Regional de Educação Interprofissional das Américas  
**SECI** – Socialização, Externalização, Combinação, Internalização  
**SES** – Secretaria da Saúde  
**SESu** - Secretaria de Educação Superior  
**SGTES** – Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde  
**SOF** – Segunda Opinião Formativa  
**SUS** – Sistema Único de Saúde  
**TCLE** – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
**TI** – Tecnologia da Informação  
**UBS** – Unidade Básica de Saúde  
**U-I** – Universidade e Indústria  
**UnaA-SUS** - Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde  
**Univille** – Universidade da Região de Joinville  
**WBVLE** – Aprendizagem Virtual Baseada na Web Ambiente

## SUMÁRIO

**RESUMO**

**ABSTRACT**

**LISTA DE FIGURAS**

**LISTA DE QUADROS**

**LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	15
<b>2. OBJETIVOS E INEDITISMO</b> .....	21
2.1 OBJETIVO GERAL .....	21
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	21
2.3 INEDITISMO.....	21
<b>3. REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	23
3.1 GESTÃO DO CONHECIMENTO – GC.....	23
3.2 MODELOS DE GESTÃO DO CONHECIMENTO .....	34
3.3 MODELOS DE GESTÃO DO CONHECIMENTO ADOTADOS NA INTERFACE ENTRE A UNIVERSIDADE E O AMBIENTE EXTERNO.....	38
3.4 MODELOS DE GESTÃO DO CONHECIMENTO NA ÁREA DA SAÚDE .....	51
3.5 MODELO DE GESTÃO DO CONHECIMENTO PARA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA BRASILEIRA .....	52
3.6 OS PRINCÍPIOS E FINALIDADES DO SUS E AS POLÍTICAS DE NOVOS PERFIS PROFISSIONAIS.....	61
3.7 OS PRINCÍPIOS E FINALIDADES DOS SUS E AS POLÍTICAS NACIONAIS DE SAÚDE .....	66
3.8 A REORIENTAÇÃO DA FORMAÇÃO EM SAÚDE .....	73
3.9 DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS DOS CURSOS DA ÁREA DA SAÚDE.....	78
3.10 ARTICULAÇÃO DA FORMAÇÃO COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE: POLÍTICAS INDUTORAS .....	79
3.11 EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL EM SAÚDE E COMPETÊNCIAS COLABORATIVAS .....	84
3.12 OS ESTUDOS DE EIP.....	91
3.13 SÍNTESE E PRINCIPAIS REFERENCIAIS TEÓRICOS PARA A CONSTRUÇÃO DO MODELO DE GC FUNDAMENTADO EM EIP.....	93
<b>4. CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE DE ESTUDO SELECIONADO PARA A VERIFICAÇÃO DA ADEQUAÇÃO DO MODELO DE GC</b> .....	97
4.1 OS CURSOS DE GRADUAÇÃO E PÓS-GRADUAÇÃO <i>STRICTO SENSU</i> OFERTADOS PELA UNIVILLE NA ÁREA DA SAÚDE .....	99
4.2 FUNCIONAMENTO E ARTICULAÇÃO DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO DA UNIVILLE COM O SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE .....	101

<b>5. METODOLOGIA</b> .....	107
5.1 ABORDAGEM DA PESQUISA .....	107
5.2 FASES DA PESQUISA .....	107
5.2.1 Fase 1: Apresentação dos referenciais teóricos adotados para Proposição do Modelo de Gestão do Conhecimento .....	110
5.2.2 Fase 2: Caracterização do ambiente de estudo selecionado para verificação da adequação do modelo de GC .....	110
5.2.3 Fase 3: Alinhamento dos conceitos e processos da Gestão do Conhecimento (GC) e da Educação Interprofissional (EIP) em Saúde para proposição do modelo de GC .....	111
5.2.4 Fase 4: Apresentação do modelo de GC proposto para apoiar a integração entre formação e assistência em saúde .....	112
5.2.5 Fase 5: Verificação da adequação do modelo de GC apresentado, ao ambiente de estudo selecionado .....	113
5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO .....	113
5.4 INSTRUMENTO DE PESQUISA – ROTEIRO DE ENTREVISTA .....	115
5.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS DE PESQUISA .....	116
5.6 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS DA PESQUISA.....	116
<b>6. RESULTADOS E DISCUSSÕES</b> .....	119
6.1 ALINHAMENTO DOS CONCEITOS E PROCESSOS DA GESTÃO DO CONHECIMENTO (GC) E DA EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL (EIP) EM SAÚDE PARA PROPOSIÇÃO DO MODELO DE GC .....	119
6.2 APRESENTAÇÃO DO MODELO DE GC PROPOSTO PARA APOIAR A INTEGRAÇÃO ENTRE FORMAÇÃO E ASSISTÊNCIA EM SAÚDE .....	128
6.2.1 O Modelo Descritivo de GC e os Direcionadores Estratégicos para Apoiar A Integração entre Ensino e Serviço Fundamentado na EIP .....	128
6.2.2 O Modelo Descritivo de GC e os Viabilizadores de EIP.....	134
6.2.3 O Modelo Descritivo de Gestão do Conhecimento e o Papel do Fator Crítico de Sucesso Liderança.....	136
6.2.4 O modelo de Gestão do Conhecimento e o Fator Crítico de sucesso Processos, Pessoas e Aprendizagem (PPA).....	137
6.2.5 O Modelo Descritivo de Gestão do Conhecimento e o Fator Crítico de sucesso, Tecnologia.....	139
6.2.6 O Modelo Descritivo de Gestão do Conhecimento e o Processo Interativo de GC .....	142
6.2.7 O Modelo Descritivo de Gestão do Conhecimento e o Ciclo KDCA.....	143
6.2.8 O Modelo Descritivo de Gestão do Conhecimento e os Resultados de GC.....	144
6.3 O MODELO DESCRITIVO E PRESCRITIVO DE GC E SUA REPRESENTAÇÃO .....	144
6.4 A VERIFICAÇÃO DA ADEQUAÇÃO DO MODELO DE GC AO AMBIENTE DE ESTUDO.....	149
6.4.1 Categoria 1: Elo interinstitucional.....	148
6.4.2 Categoria 2: Processos de criação do conhecimento.....	157
6.4.3 Categoria 3: Fluxo do Conhecimento Gerado .....	171
6.4.4 Categoria 4: Barreiras para a integração ensino-serviço.....	175

6.4.5 Síntese da Verificação da Adequação do Modelo de GC ao Ambiente de Estudo.....	183
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>187</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>192</b>

<b>APÊNDICES.....</b>	<b>202</b>
Apêndice A. Síntese dos artigos selecionados para leitura a partir dos descritores “ <i>knowledge management health and systematic review</i> ” .....	203
Apêndice B: Síntese de artigos de Revisão Sistemática referentes a EIP.....	206
Apêndice C: Critérios de busca e elegibilidade de estudos relacionados a Gestão do Conhecimento, Universidade e Cuidados em Saúde; Educação Interprofissional: Revisões Sistemáticas, no Portal de Periódicos CAPES.....	215
Apêndice D: Quadro Referente aos Dados das DCN dos cursos da Área da Saúde...217	
Apêndice E. Ordenamentos Legais, Carga Horária e Missão dos Cursos da Área da Saúde – Univille.....	223
Apêndice F. Projeto pedagógico dos cursos da Área da Saúde. Campus Joinville/ Universidade da Região de Joinville. - Joinville, SC.....	226
Apêndice G: Roteiro de Entrevista semiestruturada Coordenadores de curso e Professores da Univille.....	228
Apêndice H. Roteiro de Entrevista semiestruturada - Profissionais de Saúde.....	232
Apêndice I: Categorias Analíticas para análise de conteúdo das entrevistas.....	236
Apêndice J: Exemplos de falas, codificação, categorias empíricas e temáticas e sua relação com o Modelo de GC proposto.....	237

<b>ANEXOS.....</b>	<b>242</b>
Anexo A. Endereço eletrônico dos PPC de cada curso.....	243
Anexo B: Parecer Comitê de Ética.....	244

## 1. INTRODUÇÃO

A formação dos profissionais de saúde em nível superior ocorre em Instituições de Ensino Superior (IES), entre as quais as universidades, e segue orientações citadas na Constituição Federal, na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN) e nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs). A LDBEN traz orientações gerais, enquanto as DCNs tratam das especificidades das profissões e norteiam a construção dos Projetos Pedagógicos de Curso (PPCs). Tais projetos, por sua vez, orientam a atuação do corpo docente na instituição formadora, indicam a integração com o Sistema Único de Saúde (SUS) e o alinhamento de conceitos educacionais e de saúde citados nas políticas públicas.

Quanto ao conceito de saúde, o SUS adota o conceito ampliado, que considera a saúde como resultado do modo de viver das pessoas, influenciado por vários fatores e determinantes sociais que interferem na qualidade de vida do sujeito (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007). Esse conceito corrobora com um dos princípios do SUS, a integralidade, que preconiza o atendimento às pessoas, com ações integradas e colaborativas entre os profissionais que possam promover e recuperar a saúde e prevenir a doença, considerando então os fatores e determinantes de saúde.

Esse modelo de atendimento integrado e colaborativo é o que propõe a educação interprofissional (EIP), pois seus princípios estimulam o aprendizado com pessoas, de duas ou mais profissões, aprendendo sobre si, com os outros e sobre os outros de forma colaborativa e que resulte em melhores práticas no cuidado em saúde (OMS, 2010). Trata-se de uma prática que vem sendo adotada há mais de 30 anos, em especial nos Estados Unidos, Canadá e Inglaterra, mas que no Brasil ainda hoje são poucas as experiências que consideram seus princípios.

A EIP pode ser praticada em diferentes momentos da formação, ou seja, da graduação à educação permanente. Essa prática está ancorada nos pilares da colaboração, que inclui a comunicação, o compartilhamento, a confiança e o respeito mútuo (D'AMOUR; OANDASAN, 2005).



Reeves et al. (2016) afirmam que a EIP, quando adotada nos cenários que integram o ensino e o serviço, pode resultar em atuação profissional menos especializada/uniprofissional e mais colaborativa/interprofissional.

As políticas públicas que norteiam a assistência em saúde apontam para a necessidade de formação e atuação de profissionais capazes de centrar sua atenção nas pessoas, seja individualmente, com suas famílias ou na comunidade. A centralidade para atuar na prevenção de doença, assim como na promoção e recuperação da saúde, exige que os profissionais estejam abertos a ouvir, se comunicar e discutir com outros profissionais e com os próprios sujeitos, para propor ações que possam resultar em melhores condições de saúde e qualidade de vida.

Toda essa integração e colaboração precisa ser (re)aprendida. Há muito tempo os profissionais vêm sendo formados e têm atuado de forma isolada, uma vez que o currículo esteve baseado na ciência que vigorou durante a maior parte do século XX. Cabe destacar aqui o modelo Flexneriano que introduziu às ciências modernas como fundamentais para o currículo médico. Flexner mudou a concepção da formação do médico, de um modelo de aprendizado para um modelo acadêmico e seu relatório criou as condições para o nascimento de centros médicos acadêmicos, inaugurando uma era de descoberta até então desconhecida. Foi um período de avanços científicos inegáveis e resultados importantes no controle e na cura de várias doenças, porém isso não se mostrou suficiente para atender às necessidades de saúde da população. Seria necessário melhorar o desempenho dos sistemas de saúde, adaptando as competências profissionais básicas a contextos específicos com base no conhecimento global (FRENK *et al.*, 2010).

De acordo com Frenk *et al.* (2010), a formação em saúde no século XXI exige o risco visionário de dar apoio ao desenvolvimento da força de trabalho profissional que os nossos tempos desafiadores exigem. O aumento da longevidade e suas consequências, como o aparecimento das doenças crônicas e aquelas oriundas das transformações sociais recentes (ambientais, urbanas, relativas ao trabalho e ao modo de vida das pessoas), que ocasionaram o recrudescimento de doenças infectocontagiosas e o surgimento de novas doenças, indicam uma nova perspectiva de formação e atuação. É um novo desafio que provoca desdobramentos nas práticas profissionais e em todo o

processo de formação. A oferta de serviços educacionais e a interação com o campo de atuação geram o fornecimento de uma força de trabalho melhor preparada para atender à demanda de profissionais para atuar no sistema de saúde (FRENK *et al.*, 2010).

No entanto essa interação precisa ser muito bem articulada a qual implica diálogo e acordos entre a gestão pública de saúde e as instituições formadoras, no caso deste trabalho a Universidade da Região de Joinville (Univille) e a Secretaria de Saúde de Joinville (SES).

A gestão municipal de saúde tem por finalidade específica organizar a oferta de assistência à saúde para a população. Quanto à universidade, a finalidade é a formação dos futuros profissionais, ancorada no tripé “ensino, pesquisa e extensão”. A articulação entre duas instituições com diferentes finalidades, porém com compromissos que se complementam, exige que haja comunicação entre a gestão de ambas para acordar compromissos e para que os resultados possam ser alcançados, tanto em relação à formação quanto à assistência. É o que nas políticas de ensino e saúde se denomina integração ensino-serviço.

Albuquerque *et al.* (2008) entendem integração ensino-serviço como o trabalho coletivo, pactuado e integrado de estudantes e professores dos cursos de formação na área da saúde com trabalhadores que compõem as equipes dos serviços de saúde, incluindo-se os gestores, visando à qualidade na atenção à saúde individual e coletiva, à qualidade da formação profissional e ao desenvolvimento/à satisfação dos trabalhadores dos serviços.

A universidade é o espaço de formação ancorado na produção, sistematização e disseminação do conhecimento científico (RUSU, 2006). O conhecimento produzido e disseminado na universidade é essencialmente explícito, que pode ser exemplificado pelos resultados de pesquisas científicas comunicadas em eventos ou na forma escrita, por meio de livros, artigos, teses e dissertações disponibilizados em bancos digitais para o processo público de construção de conhecimento e transparência de informações (PACHECO; KERN, 2001).

Nos cenários de práticas, o conhecimento que norteia a atuação dos profissionais tem um aspecto muito mais tácito que pode ser evidenciado por meio de observações e trocas de experiências entre os partícipes, sejam estudantes, profissionais ou

comunidade. É um cenário em que o conhecimento se materializa por intermédio de ações e práticas individuais e coletivas em prol da saúde das pessoas.

O contexto de interação entre duas instituições com finalidades diferentes e que utilizam práticas distintas de produção, socialização e registro do conhecimento instiga a estudar a gestão do conhecimento (GC). Frenk *et al.* (2010) afirmam que a educação do profissional é um componente crucial, de esforço compartilhado, e pode gerar progressos equitativos na saúde. Os autores afirmam ainda que tal progresso será alimentado pelo conhecimento, dando aos profissionais um papel essencial na realização do valor que Menand (2010) aponta como centrais em uma civilização: busca, produção, disseminação e preservação do conhecimento. Sendo assim, a proposta de um modelo de GC, fundamentado na EIP, para apoiar a integração ensino-serviço contribuirá para potencializar os processos de criação, organização, disseminação e conservação do conhecimento, tanto quanto para apontar e divulgar as melhores práticas com referenciais para novas experiências ou experiências inovadoras.

Todo processo de EIP se inicia pela identificação dos determinantes macro, meso e micro que influenciam o processo de EIP e definem o percurso para que os estudantes possam ser inseridos na rede pública de saúde. Nesse contexto, é muito importante realizar a gestão desses conhecimentos, de maneira que as pessoas responsáveis por inserir e receber os estudantes nos cenários de prática tenham ciência do processo e dos objetivos e se sintam parte desse contexto. Olson e Bialocerkowski (2014), em seu estudo de revisão sistemática, fizeram alguns apontamentos, dos quais eles destacam que, além da avaliação dos resultados de EIP, é preciso compreender os processos que envolvem tal prática.

Segundo os autores, é nas possibilidades de investigação, registros das experiências e discussões que possam alimentar e retroalimentar a integração ensino-serviço que as melhores práticas em saúde poderão ser alcançadas, tanto quanto práticas inovadoras poderão surgir. Trata-se de um novo ambiente no mundo do trabalho em saúde, para o qual o conhecimento é considerado elemento-chave.

A evolução do conhecimento vem transformando a sociedade, seja nos aspectos econômicos, sociais ou culturais. As melhores práticas, as soluções inovadoras, e os processos de descobertas ou novos *insights* consideram a informação e o conhecimento

nos processos gerenciais, inclusive na administração pública (FREIRE, FURLAN e SILVEIRA, 2018; NONAKA e TAKEUCHI, 1997).

Sendo assim, é importante analisar o contexto da universidade e dos serviços de saúde, em especial a articulação ensino-serviço, incluindo na análise os dados, as informações e os conhecimentos que circulam nesse ambiente, para que com base nisso possa ser proposto o modelo de GC que articule o ensino e os serviços em saúde.

No presente estudo, a construção do modelo de GC seguiu o referencial de Batista (2012; 2015), o qual visa apresentar o fluxo do conhecimento necessário para que, na interação entre estudantes e/ou profissionais de mais de uma profissão, possam ser geradas práticas colaborativas nos cenários de promoção e/ou recuperação da saúde e que o conhecimento produzido por meio da interação ensino-serviço possa contribuir e/ou alimentar novos estudos acadêmicos com vistas a aperfeiçoar cada vez mais as práticas de atenção à saúde. Sendo assim, a proposta é que o modelo de GC contribua para organizar, integrar e otimizar os processos de criação, socialização, apropriação e comunicação do conhecimento em um ambiente de articulação entre ensino e serviço em saúde, bem como definir uma missão, visão e valores comuns que possam estimular a EIP.

Ademais, cabe destacar que a falta de gestão do conhecimento pode ocasionar perdas históricas referentes à integração ensino e serviço. Se não houver cuidado e gerenciamento do conhecimento, necessário e previsto nos convênios estabelecidos entre as IES e o serviço público de saúde, tanto quanto se não houver oportunidades de interação e comunicação de forma sistematizada, há uma grande possibilidade de constantes retrabalhos ou reinício dos processos. É importante garantir a gestão desses conhecimentos por meio de processos sistemáticos, para que em outros e diferentes momentos essa experiência possa ser referência, seja para implantação ou inovação na articulação ensino-serviço.

O presente estudo compreende seis seções, iniciando pela introdução, apresentação dos objetivos e ineditismo da pesquisa (seções um e dois), fundamentação teórica, caracterização do ambiente de estudo, metodologia, resultados e discussão, considerações finais e referências, seguidas de apêndices e anexos.

A fundamentação teórica (terceira seção) apresenta os seguintes tópicos: Gestão do conhecimento – GC; Modelos de gestão do conhecimento; Modelos de gestão do conhecimento adotados na interface entre a universidade e o ambiente externo; Modelos de gestão do conhecimento na área da saúde; Modelo de gestão do conhecimento para administração pública brasileira; Os princípios e finalidades do sus e as políticas de novos perfis profissionais; Os princípios e finalidades dos sus e as políticas nacionais de saúde; A reorientação da formação em saúde; Diretrizes curriculares nacionais dos cursos da área da saúde; Articulação da formação com os serviços de saúde: políticas indutoras; Educação interprofissional em saúde e competências colaborativas e Educação interprofissional em saúde e os estudos de revisão sistemática.

Ao seu término, estão destacados os principais referenciais que colaboraram para a construção do modelo de GC, tanto quanto os referenciais em saúde que abordam a EIP como um caminho para melhorar a qualidade da formação e os resultados na atenção à saúde.

A quarta seção, denominada caracterização do ambiente de estudo, versa sobre a Universidade da Região de Joinville (Univille) e a sua relação com a Secretaria de Saúde de Joinville (SES). Fala-se sobre a missão, a visão e os valores de cada uma das instituições, bem como sobre os cursos de graduação e pós-graduação *stricto sensu* ofertados pela Univille na Área da Saúde e o funcionamento e a articulação dos cursos de graduação da Univille com o Serviço Público de Saúde.

A quinta seção trata da metodologia adotada no estudo e descreve as cinco fases da pesquisa.

Em resultados e discussões (sexta seção), inclui-se o alinhamento dos conceitos e processos da GC e da EIP em saúde para proposição do modelo de GC. Apresenta-se e discute-se o modelo descritivo e prescritivo de GC proposto para apoiar a integração entre o ensino e o serviço em saúde e a sua representação, bem como a verificação e a síntese da adequação do modelo de GC ao ambiente de estudo.

Por fim, há as considerações finais do trabalho e as referências adotadas no estudo, além dos apêndices e anexos.

## 2. OBJETIVOS E INEDITISMO

### 2.1. OBJETIVO GERAL

- Propor um modelo de gestão do conhecimento para apoiar a integração entre ensino e serviço em saúde, fundamentado na Educação Interprofissional e na prática colaborativa.

### 2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Alinhar os conceitos e processos da Gestão do Conhecimento (GC) e da Educação Interprofissional em Saúde para proposição do modelo de GC;
- Construir um modelo de Gestão do Conhecimento fundamentado na educação interprofissional e prática colaborativa em saúde;
- Caracterizar o ambiente de estudo para verificação do modelo de Gestão do Conhecimento;
- Verificar a adequação do modelo de gestão do conhecimento ao ambiente de estudo.

### 2.3. INEDITISMO

Esta tese é inédita por apresentar um modelo de GC para apoiar a integração ensino e serviços em saúde fundamentado na EIP e na prática colaborativa.

Os temas relacionados à GC e EIP foram profundamente estudados. A GC é um tema que está ancorado na área considerada “dura” do conhecimento, as engenharias, enquanto a EIP tem seu referencial nas ciências da saúde e humanas, sendo assim, este estudo exigiu um exercício mental flexível para poder transitar nos dois campos do conhecimento, alinhar os conceitos e apresentá-los.

Outro ponto importante a ser destacado, são os estudos, como o de Silva et al. (2015), que apontam barreiras para EIP no Brasil. Uma delas é a dificuldade na

articulação ensino-serviço, o que sugere a necessidade de se encontrar alternativas para superá-las.

Sendo assim a tese apresenta as seguintes contribuições e inovações:

- Demonstra a possibilidade de 9, neste caso a GC e a EIP;
- Apresenta um modelo híbrido de GC, ou seja, prescritivo e descritivo para apoiar a integração ensino e serviços em saúde;
- Verifica e apresenta os resultados da adequação do modelo proposto para um ambiente de estudo que exige integração ensino e serviços em saúde;
- Apresenta uma proposta para superar as dificuldades apontadas nos estudos, referentes a integração ensino e serviços em saúde.
- Por último, destaca a EIP e práticas colaborativas na formação de futuros profissionais, tanto quanto na educação permanente dos profissionais de saúde, como indicação para uma formação de qualidade com vistas à melhoria da saúde das pessoas, corroborando com os princípios do SUS, em especial a Integralidade.

### 3. REVISÃO DE LITERATURA

Nesta seção será apresentada a revisão de literatura realizada para a construção de um modelo de gestão do conhecimento (GC) fundamentado na educação interprofissional (EIP) e na prática colaborativa, com vistas a apoiar a integração entre ensino e serviço em saúde.

Estão incluídas definições e orientações para elaboração do modelo, estudos que apresentam experiências de GC na área da saúde e outros que trazem modelos de GC com interface entre as Instituições de Ensino Superior (IES) e o ambiente externo. Há também o modelo de GC e a metodologia proposta no estudo de Batista (2012), que serviu de referência para a elaboração do modelo de GC fundamentado na EIP e na prática colaborativa.

Uma IES tem o conhecimento como centro do processo e busca constantemente estar em sintonia ou à frente de inovações que contribuam para o desenvolvimento humano, científico, cultural, social e econômico. A organização pública, por sua vez, tem os serviços em benefício do cidadão-usuário e da sociedade em geral. Portanto, os dois modelos de instituição têm a atividade fim relacionada a serviços, e não ao capital (produtividade e lucratividade). Sendo assim, os estudos de Batista (2012) serviram como referência para este trabalho, pois estão direcionados à administração pública, cuja atividade fim também são os serviços, sem ter a lucratividade econômica como objetivo final.

Na sequência, estão apresentadas as orientações nacionais referentes à formação dos profissionais de saúde, os conceitos de EIP, os macro, meso e micro determinantes que interferem na implementação da proposta, além de estudos que apresentam resultados na atenção à saúde e barreiras nos processos de educação interprofissional.

#### 3.1 GESTÃO DO CONHECIMENTO – GC

Wiig (1993) considera que Gestão do Conhecimento - GC é fazer a organização agir de forma mais inteligente pela facilitação da criação, acumulação, desenvolvimento e uso de conhecimento de qualidade.



Para Davenport e Prusak (1998) a GC é caracterizada como uma coleção de processos que objetivam governar a criação, disseminação e uso do conhecimento para atingir os objetivos organizacionais.

Outro estudioso do tema, Choo (1996), indica que a GC deve conter três processos fundamentais: - criação de conhecimento - criação de significados - tomada de decisão.

De acordo com Firestone e McElroy (2004) a GC é o conjunto de processos que busca a mudança dos padrões atuais de processamento de conhecimento da organização para melhorar tanto esse processamento quanto os resultados de conhecimento.

Esses conceitos partem da premissa de que a GC é adotada nas organizações e que a sua finalidade está relacionada com desempenho de maior qualidade, tomada de decisão e resultados de conhecimento que contribuem para alcançar os objetivos organizacionais, ou seja o seu modelo de negócio.

Nonaka e Takeuchi (1995) consideram que o foco em uma organização é a criação do conhecimento. Os autores apontam que essa criação ocorre em nível individual e é traduzida para o nível organizacional por meio do fluxo do conhecimento tácito para o conhecimento explícito. Afirmam ainda que interação entre essas duas formas de conhecimento é a principal dinâmica da criação do conhecimento na organização de negócios e se apresenta como um processo em espiral que ocorre repetidamente por meio de quatro modos de conversão do conhecimento: a socialização, a externalização, a combinação e a internalização.

Segundo Stefano *et al.* (2014), GC é um conjunto de processos que contribui para produção e difusão do conhecimento em uma organização.

O conceito de GC que Dalkir (2005) apresenta é “coordenação intencional e sistemática de pessoas, tecnologia, processos e estrutura organizacional que agrega valor por meio da reutilização e inovação”. De acordo com o autor, essa coordenação é alcançada por meio da criação, partilha e aplicação de conhecimentos, bem como pela valorização das lições aprendidas e as melhores práticas na memória corporativa para promover a aprendizagem organizacional contínua.

Para Jannuzzi *et al.* (2016), nas organizações em geral, o conhecimento é reconhecido como um recurso em qualquer setor de atividades, pois auxilia as empresas a se tornarem competitivas; as organizações públicas a buscarem o progresso da nação; e as organizações sem fins lucrativos e não governamentais, a alcançarem a excelência naquilo que realizam. Para os autores, pensar um modelo de gestão do conhecimento é compreender a ação da informação que gera conhecimento e que pode gerar inovação nas organizações, ou seja, novos conhecimentos.

Para Batista (2012), que estudou a gestão do conhecimento na esfera pública, os resultados de GC nesta esfera decorrem da aprendizagem e da inovação, além do aumento da capacidade individual, da equipe, da organização e da sociedade. O autor cita ainda que a GC na administração pública pode ser entendida como um método integrado de criar, compartilhar e aplicar conhecimento para aumentar a eficiência, melhorar a qualidade e a efetividade social, e contribuir para a legalidade, impessoalidade, moralidade e publicidade na administração pública e para o desenvolvimento brasileiro.

Segundo Sveiby (2001), a meta e a obrigação das empresas com a gestão do conhecimento consistem em nutrir, alavancar e motivar as pessoas a compartilharem a sua capacidade de agir. Desta forma, a gestão do conhecimento se transforma em uma tarefa da organização inteira e, de acordo com Freire *et al.* (2012), se denomina Estratégia Baseada no Conhecimento.

Para Freire *et al.* (2012), esta estratégia sugere a necessidade de os atores se apropriarem dos pressupostos teóricos que norteiam a Gestão do Conhecimento, ou seja, do que é, e como se adquire o conhecimento. Um desses pressupostos exige o entendimento de que nem tudo que está disponível, seja em nossas mentes, seja nas fontes de consulta, pode ser denominado conhecimento.

Segundo Silva (2015, p. 7),

a Gestão do Conhecimento representa uma forma deliberada e sistemática de garantia da completa utilização da base de conhecimentos organizacionais, associada ao potencial dos indivíduos, suas competências, pensamentos, inovações e ideias para criar uma organização mais eficiente e efetiva.

A gestão do conhecimento não se constitui em uma tarefa simples de ser realizada. A característica subjetiva do conhecimento torna o tema complexo, tanto quanto o fato de adotar recursos tecnológicos para armazenar as informações. É necessário não reduzir o tema ao simples entendimento de que a informação armazenada em ambientes virtuais é suficiente para garantir a disseminação e o compartilhamento, e gerar novos conhecimentos (TARAPAPANOFF, 2006).

Oito processos, que servem como pilares para a gestão do conhecimento são apresentados por Probst *et al.* (2002):

**Identificar o conhecimento:** analisar e descrever o ambiente da empresa;

**Adquirir o conhecimento:** importar parte do conhecimento de fontes externas, por meio de relacionamentos com clientes, fornecedores, concorrentes e parceiros, suprimindo as lacunas de conhecimento;

**Desenvolver o conhecimento:** desenvolver, por meio de diferentes estágios, começando com a completa falta de entendimento das relações causais envolvidas em uma situação até o entendimento total que permite o controle; baseia-se no fato de que todos os conhecimentos passam por um processo evolutivo;

**Distribuir o conhecimento:** transferir o conhecimento por meio de trocas pessoais entre indivíduos;

**Utilizar o conhecimento:** assegurar a aplicação do conhecimento para o alcance de benefícios organizacionais;

**Rever o conhecimento:** selecionar, armazenar e manter atualizado o conhecimento;

**Estabelecer metas:** estabelecer quais habilidades e conhecimentos devem ser desenvolvidos e em que níveis;

**Avaliar o conhecimento:** decidir se as metas de conhecimento foram atingidas.

Observa-se, porém, que os verbos adotados por Probst *et al.* (2002), que caracterizam os pilares para GC, parecem conflitantes com a proposta de EIP. Caipe (2013) afirma que a EIP se refere às ocasiões nas quais estudantes de duas ou mais profissões aprendem juntos durante parte significativa ou mesmo durante todo o tempo

de seu treinamento profissional com o objetivo de cultivar e desenvolver práticas colaborativas, para promover o cuidado em saúde centrado na pessoa. Envolve situações onde o aprendizado ocorre por meio de interações entre estudantes de diferentes profissões, assim como de estudantes com profissionais de outras profissões.

Barros e Ellery (2016) afirmam que a EIP requer aprendizado contínuo, com estímulo desde a graduação e desenvolvida na formação profissional, por meio de vivências cotidianas nos locais de trabalho. Essa proposta envolve uma contínua interação e compartilhamento de conhecimentos, para resolver ou explorar a variedade de questões educacionais e de saúde, a fim de melhorar a integralidade do atendimento e a participação do paciente (AGUILAR-DA-SILVA *et al.*, 2011; ALMEIDA FILHO *et al.*, 2014). Sendo assim, para a EIP, os verbos que caracterizariam melhor a base para construção do conhecimento são interagir, cultivar, desenvolver, promover, aprender, compartilhar e comunicar.

Não há conhecimento sem informação, portanto, entende-se que todo e qualquer estudo sobre a gestão do conhecimento e suas teorias deve ter como base o estudo sobre a informação. Mais do que isso, deve ter como base a construção da informação e do conhecimento (JANNUZZI *et al.*, 2016) e considerar os pressupostos teóricos que orientam a atuação das pessoas em cada um dos contextos para o qual a GC está sendo proposta.

Ao se reportar ao estudo do conhecimento, encontra-se muita discussão acerca do que é, e da diferença entre os conceitos de dado, informação e conhecimento.

Davenport e Prusak (1998) propõem uma abordagem ainda válida para os dias atuais. Para o autor, **Dados** são o conjunto de fatos sobre um evento, simples observações sobre o estado do mundo, sendo facilmente estruturado, facilmente obtido por máquinas, frequentemente quantificado e facilmente transferível. Já a **Informação** é o dado acrescido de significado, dotado de relevância e propósito. A informação requer unidade de análise, exige consenso em relação ao significado e exige necessariamente a mediação humana. Quanto ao **Conhecimento**, o autor ressalta que é a informação devidamente tratada. É a informação valiosa da mente humana, inclui reflexão, síntese e contexto. É de difícil estruturação, de difícil captura em máquinas, frequentemente tácito e de difícil transferência.

Outro aspecto encontrado quando se pesquisa sobre conhecimento se refere às suas dimensões. Essas dimensões podem ser caracterizadas como:

**Dimensão tácita:** conhecimento individual e de difícil formalização e comunicação (PROBST *et al.*, 2012). Para Nonaka e Takeuchi (1997) essa dimensão consiste em esquemas, modelos mentais, crenças e percepções tão arraigadas que as tomamos como certas. Os autores consideram ainda que a dimensão cognitiva do conhecimento tácito reflete nossa imagem da realidade (o que é) e nossa visão do futuro (o que deveria ser).

**Dimensão explícita:** é considerado o conhecimento formal, sistemático de fácil compartilhamento (PROBST *et al.*, 2012). Segundo Nonaka e Takeuchi (1997), o conhecimento explícito pode ser facilmente "processado" por um computador, transmitido eletronicamente ou armazenado em bancos de dados. Para o conhecimento explícito é exigido a sistematização, a publicidade, ou seja, a possibilidade de compartilhar, e de que mais pessoas tenham acesso ao que foi previamente construído e/ou elaborado (NONAKA e TAKEUCHI, 1997).

**Dimensão Cultural:** é o conhecimento “[...] expresso por meio de suposições, opiniões, e normas usadas pelas pessoas para atribuir valor e significado à informação ou ao conhecimento novo” (PROBST *et al.*, 2012). Esta dimensão está relacionada ao ambiente em que as pessoas estão inseridas e que contribuem para que se estabeleça o sentido e significado das informações, bem como, em alguns casos, que seja atribuído juízo de valor a elas. Na prática, esses elementos obedecem a uma hierarquia na geração do conhecimento e da inteligência (FREIRE *et al.*, 2012).

Segundo Probst *et al.* (2012), é com conhecimento que se transforma dados em informações e, posteriormente, por meio da análise e compreensão das informações é que se chegam a novos produtos e processos que, por sua vez, trarão novas experiências e conhecimentos à organização.

Outro aspecto importante, é compreender como se dá o processo de conversão do conhecimento, uma vez que cada uma das dimensões citadas é resultado da interação entre dado e informação em um determinado ambiente, que resulta no conhecimento que pode ser expresso de forma tácita ou explícita. Para Nonaka e Takeuchi (1997) “O conhecimento tácito e o conhecimento explícito não são entidades

totalmente separadas, e sim mutuamente complementares. Interagem um com o outro e realizam trocas nas atividades criativas dos seres humanos” (p.67).

Os autores apresentam quatro mecanismos de conversão do conhecimento tácito em explícito ou vice-versa. São eles:

**Mecanismo de Socialização:** ocorre quando há o compartilhamento de experiências, ou seja, a partilha de conhecimento tácito, que inclui modelos mentais ou habilidades técnicas compartilhadas;

**Mecanismo de Exteriorização:** é o mecanismo de conversão do conhecimento tácito em explícito. “É um processo de criação do conhecimento perfeito, na medida em que o conhecimento tácito se torna explícito, expresso na forma de metáforas, analogias, conceitos, hipóteses ou modelos” (NONAKA E TAKEUCHI,1997, p.71);

**Mecanismo de Combinação:** é o mecanismo que combina e compartilha o conhecimento explícito formalizado. “Envolve a combinação de diferentes conjuntos de conhecimento explícito. Os indivíduos trocam e combinam conhecimentos por meio de documentos, reuniões, conversas ao telefone ou redes de comunicação computadorizadas” (NONAKA E TAKEUCHI,1997, p.75);

**Mecanismo de Internalização:** leva conhecimento explícito de volta à forma tácita, à medida que as pessoas o interiorizam. É o processo de incorporação do conhecimento explícito em conhecimento tácito. Está intimamente relacionado ao "aprender fazendo".

Para melhor compreender como se dão esses modos de conversão do conhecimento, os autores representaram os mecanismos em um modelo e o denominaram SECI, que significa: S – socialização, E – externalização, C – combinação e I - internalização. Sua representação pode ser visualizada na figura 01.

Figura 1. Espiral do Conhecimento



Fonte: Nonaka e Takeuchi (1997, p.80)

Para que o modelo SECI ocorra de forma espiral e permita a criação do conhecimento é necessário também considerar o termo *Ba* e o contexto que ele representa. “Ba” foi desenvolvido por Shimizu e traduzido pelo filósofo japonês Kitaro Nishida (1997), e pode ser traduzido para o português como “lugar”. “Ba” representa um espaço, um local, um momento de interação e compartilhamento do conhecimento (NONAKA; KONNO, 1998).

“Ba” é um termo que passou a ser incorporado pelos estudiosos da Gestão do Conhecimento e envolve espaço físico (uma sala de reuniões), espaço virtual (e-mail) e ou espaço mental (ideias e modelos mentais compartilhados), a partir do qual o conhecimento é criado, compartilhado e utilizado. Segundo Nonaka e Takeuchi (1997), há diferentes espaços em que o conhecimento pode ser compartilhado e eles recebem diferentes denominações: Ba de criação (originating Ba), Ba de interação (dialoguing Ba), Ba virtual - sistemático (systemising Ba) e Ba de treinamento (exercising Ba).

De acordo com Nonaka, Toyama e Konno (2000), cada um desses espaços caracterizados como Ba se referem a um dos modos de conversão do conhecimento. O **Ba de criação** (originating Ba) é o espaço onde há a interação entre os indivíduos e troca de experiências. É o espaço em que as emoções e os modelos mentais são

compartilhados, ou seja equivale ao processo de socialização, que é a interação entre o conhecimento tácito e tácito.

O **Ba de interação** (*dialoguing Ba*) corresponde ao espaço de interação entre o conhecimento explícito e o conhecimento tácito, no qual os indivíduos compartilham suas experiências e as convertem em documentos para que outros sujeitos possam ter acesso. É o modo de conversão do conhecimento denominado externalização (NONAKA, TOYAMA e KONNO, 2000).

Quanto ao **Ba virtual - sistemático** (*systemising Ba*), é o campo que se utiliza de ferramentas virtuais e/ou tecnológicas para troca de experiências e criação de novos conhecimentos. É o campo para conversão de conhecimento explícito para explícito denominado combinação. Na organização, esse modo de conversão é muito importante, pois trata da criação de uma cultura organizacional do conhecimento, ou seja, é o modo de conversão que garante que o conhecimento coletivo e individual permaneça na empresa, pois é onde o conhecimento explícito da organização é transferido para grupos e indivíduos da organização (NONAKA, TOYAMA e KONNO, 2000).

O **Ba de treinamento** (*exercising Ba*) é o campo em que o conhecimento explícito se converte em conhecimento tácito, ou seja, é a internalização dos conhecimentos pelos indivíduos, denominado *Know-how*. É onde se criam novos procedimentos comportamentais na organização, pela prática. (NONAKA, TOYAMA e KONNO, 2000)

O conceito de “Ba” unifica os espaços (físico, mental e virtual) e possibilita os relacionamentos sólidos e de colaboração eficaz, liberando conhecimento tácito no ambiente. É importante, também, que haja um contexto apropriado e uma rede de interação e de relacionamento. O conceito Ba é visto como um espaço dentro do qual o conhecimento é criado, utilizado e compartilhado. Cada “Ba” constitui um mecanismo capaz de potencializar o processo de criação do conhecimento (TAKEUCHI E NONAKA, 2008).

“Ba” também pode ser reconhecido como contexto capacitante, onde tempo, lugar e pessoas têm condição e capacidade de explorar, propor e combinar novas ideias por todos os membros. Envolve uma interação muito mais forte entre pessoas do que em tecnologia. É um espaço organizado, um contexto ideal de interação e rede de relacionamentos, capazes de contribuir para a Criação do Conhecimento. O conceito de



“Ba” deve ser compreendido como um local capaz de gerar a motivação necessária no indivíduo, para a conversão do conhecimento ao longo de sua espiral, conforme proposto no modelo SECI.

Nonaka e Takeuchi (1997) explicam e reforçam que adquirir e/ou produzir conhecimento não tem limite, é um processo contínuo e que depende das pessoas e dos processos que elas vivenciam ao longo da vida, produzindo novas aprendizagens e possíveis mudanças de comportamento. Essas aprendizagens e novos comportamentos sugerem propor novidades, inovar.

Para os mesmos autores, para que o conhecimento possa ser comunicado e compartilhado dentro de uma organização, o conhecimento tácito terá que ser convertido em palavras ou números, de maneira que qualquer pessoa possa compreender. O conhecimento deve ser construído pelo indivíduo, o que muitas vezes exige uma interação intensiva e laboriosa entre os membros da organização, pois o aprendizado mais poderoso vem da experiência direta, tanto quanto por tentativa e erro. Um novo conhecimento sempre começa com o indivíduo.

De acordo com Takeuchi e Nonaka (2008) há cinco condições necessária para que em nível organizacional seja promovida a espiral do conhecimento. São elas: intenção, autonomia, flutuação e caos criativo, redundância e variedade.

Com relação à **intenção**, os autores afirmam que para a espiral do conhecimento ser impulsionada é necessário ter aspirações e ir em busca das metas. Para tanto é necessário estabelecer uma estratégia organizacional para adquirir, criar, acumular e explorar o conhecimento.

Quanto à **autonomia** eles consideram que “todos os membros de uma organização deveriam ter permissão para agir de modo autônomo até onde permitem as circunstâncias (p.73). A autonomia indica que todos e cada parte compartilha das mesmas informações. Dessa forma existiria a possibilidade de se enxergar a organização como um todo e não apenas como a soma de cada uma das partes. Afirmam ainda que uma organização com equipes autônomas, pode desempenhar muitas funções amplificadas e refinadas o que possibilita um agir com níveis superiores, ou seja, para além das perspectivas individuais.

Com relação à **flutuação e caos criativo**, os autores apontam para o estímulo e a interação entre a organização e o ambiente externo. Essa interação permite que os ruídos do ambiente externo possam ser percebidos. Esses ruídos podem provocar uma melhora no seu próprio sistema de conhecimento.

Takeuchi e Nonaka (2008) afirmam que, para que a flutuação e o caos criativo sejam introduzidos em uma organização, é necessário que seus membros sejam flexíveis e capazes de decompor suas rotinas, hábitos ou estruturas cognitivas. Com essa decomposição, normalmente se estabelece uma tensão dentro da organização. Essa tensão requer compromisso de todos para encontrar soluções e novos caminhos. Essa condição pode ser provocada pela alta gerência ou ser resultado de interações externas que apontam necessidades de mudanças. Para os autores (p.78) “a flutuação na organização pode desencadear o caos criativo, que induz e fortalece o compromisso subjetivo dos indivíduos”.

Takeuchi e Nonaka (2008) apresentam a **redundância** como a quarta condição para que em uma organização ocorra a espiral do conhecimento. Para eles redundância significa que os colaboradores de uma organização necessitam ter informações que vão além das exigências operacionais imediatas. Nesse contexto a informação redundante é aquela que permite aos indivíduos invadirem os limites funcionais, ou seja, conhecerem além daquilo que lhes cabe para realizar a sua tarefa, para contribuírem na organização com diferentes perspectivas e aconselhamento. A redundância permite que os indivíduos percebam a conexão entre uns e outros, e que todos ocupam posições significativas no contexto organizacional.

Quanto à **variedade**, os autores reforçam a ideia de que a combinação de informações de maneira diferente, flexível e rápida pode contribuir para que os membros de uma organização enfrentem as contingências e ao mesmo tempo tenham acesso rápido a uma variedade de informações necessárias para solucionar possíveis dificuldades ou problemas.

Para Silva (2015), uma organização na Era do Conhecimento é aquela que aprende, lembra e age baseada nas melhores fontes possíveis de informação e conhecimento. Assim, a Gestão do Conhecimento representa uma forma deliberada e

sistemática de garantia da completa utilização da base de conhecimentos organizacionais, associada ao potencial dos indivíduos.

Apesar de o conhecimento ser visto nas organizações como um ativo intelectual (bem necessário à execução do trabalho), ele possui características paradoxais que são radicalmente diferentes de outros ativos, dentre os quais destacam-se: o uso do conhecimento não o consome; a transferência e o compartilhamento de conhecimento não resultam em perda; o conhecimento é abundante, mas a habilidade de utilizá-lo é escassa (SILVA, 2015).

### 3.2 MODELOS DE GESTÃO DO CONHECIMENTO

Um modelo é uma descrição concisa e holística dos principais elementos, conceitos e princípios de uma área de conhecimento. Ele busca explicar essa área do conhecimento e definir um desenho padronizado do seu conteúdo, essencial como referência para a implementação de desenhos no futuro (SILVA, 2015, p. 17).

Jannuzzi *et al.* (2016) realizaram um estudo com o objetivo de analisar modelos de gestão do conhecimento citados na literatura, procurando, com base em sua estrutura, caracterizar os atributos da informação no contexto de sua aplicação e sua relação com o processo de inovação nas empresas.

O estudo de Jannuzzi *et al.* (2016) partiu do pressuposto de que as empresas ou organizações que querem inovar necessitam acompanhar e assimilar as mudanças no seu ambiente de atuação. Além disso, inovação é um pré-requisito para se manter vivo e, para tal, informação e conhecimento devem ser considerados essenciais no processo. Para os autores “a informação permite que a organização acompanhe os acontecimentos em seu ambiente e o conhecimento é representado pela assimilação das mudanças (...)” (JANNUZZI *et al.*, 2016, p. 98).

Muitas organizações implementam tecnologias de informação com o intuito de facilitar o compartilhamento e a integração da informação. Porém nem sempre esse é o fator de sucesso. A gestão do conhecimento vai além disso efetivamente, pois outros elementos como as pessoas e a cultura são fatores de condução importantes e que

contribuem para que os processos de gestão do conhecimento funcionem (JANNUZZI, *et al.*, 2016).

Jannuzzi *et al.* (2016), a partir de uma revisão conceitual sobre gestão do conhecimento, indicam que “é consensual o entendimento de que a gestão do conhecimento envolve a criação de valor dos ativos intangíveis, ou seja, sem existência física de uma organização (p.101).

Quanto à revisão dos modelos de gestão do conhecimento, os autores encontraram diferenças na estrutura de seus conteúdos, classificada como prescritiva, descritiva ou híbrida. A estrutura prescritiva orienta sobre os tipos de procedimentos de gestão do conhecimento; as estruturas descritivas descrevem a gestão do conhecimento e apontam importantes atributos para o sucesso ou fracasso das iniciativas de gestão do conhecimento; e as estruturas híbridas combinam as duas estruturas anteriores (JANNUZZI *et al.*, 2016).

Rubenstein-Montano *et al.* (2001) é também uma das referências que apresenta proposições diferenciadas para modelos de GC e que podem ser classificadas como prescritivas, descritivas ou híbridas. Para os autores, os modelos prescritivos são os que “fornecem orientação sobre os tipos de procedimentos de gestão do conhecimento, sem fornecer detalhes específicos de como esses procedimentos podem ou devem ser realizados” (p. 7). Os modelos descritivos, por sua vez, são aqueles que “caracterizam ou descrevem a gestão do conhecimento. Essas estruturas identificam importantes atributos que influenciam o sucesso ou fracasso das iniciativas de gestão do conhecimento”. Quanto aos modelos híbridos, considera-se aqueles que combinam o modelo prescritivo e descritivo, ou seja, que forneçam orientações sobre os procedimentos e também caracterizem e descrevam a gestão do conhecimento (RUBENSTEIN-MONTANO *et al.*, 2001, p.7).

Jannuzzi *et al.* (2016) destacam a complexidade do tema e indicam a necessidade de um olhar mais abrangente que pode ser traduzido pelo pensamento sistêmico, que auxiliaria significativamente a gestão do conhecimento por permitir a visualização e caracterização da complexidade que envolve um discurso.

O estudo de Jannuzzi *et al.* (2016) apresenta os modelos de gestão do conhecimento organizados em três categorias, segundo o critério de semelhança das características da estrutura em relação aos atributos.

A primeira categoria foi composta pelos modelos de dezesseis autores/propositores, em que é possível observar o desenvolvimento de etapas estruturadas, onde a condição pública da informação (conhecimento explícito) é buscada dentro ou fora da instituição. Observa-se, nos registros de Jannuzzi *et al.* (2016), que esta categoria aponta que a informação é negligenciada em seus atributos, pois não menciona a tensão que pode existir entre o emissor e o receptor da informação no processo de gestão do conhecimento.

A segunda categoria foi composta por quatorze estudos de autores/propositores, em que a descrição das etapas para GC parecem estruturadas, mas para melhor entendimento seria necessário um maior detalhamento destas etapas. Segundo Jannuzzi *et al.* (2016) encontrou-se dificuldade de compreensão sobre a condição da informação na estrutura dos modelos. Criação e Aquisição foram apresentados como passos iniciais de um mesmo modelo, o que favorece o entendimento dúbio e pouco consistente sobre sua realização.

Nos modelos apresentados nas categorias um e dois, a informação é percebida como coisa/objeto e como conhecimento em suas descrições, bem como não caracterizam uma abordagem abrangente e sistêmica para a gestão do conhecimento de acordo com as premissas de um modelo sistêmico (JANNUZZI *et al.*, 2016)

Quanto à categoria três, essa foi composta por três estudos, de autores/propositores que apresentaram modelos mais flexíveis, com possibilidade de considerar o caráter sistêmico, contribuindo para a condição pública, mas também privada da informação. Expressões como Construção e Assimilação, e considerações sobre a Cultura e Participantes, contribuíram para uma visão mais sistêmica da organização. Nestes modelos analisados pelos autores foi possível identificar a informação como coisa e como conhecimento, mas também sobre a possibilidade de se trabalhar a informação como processo.

Dentre os modelos apresentados na categoria três, estão os de Buckley and Carter Centre; De Jarnett,L, e The National Technical University of Athens. Embora

esses modelos tenham sido classificados como mais abertos para um modelo sistêmico de gestão do conhecimento, eles não deixam claro as características de um pensamento sistêmico. Jannuzzi *et al.* (2016) consideram que esses três modelos são o início de uma conversa para a elaboração de um modelo mais eficiente de gestão do conhecimento que favoreça a inovação e a vantagem competitiva de uma organização.

Segundo os autores, qualquer que seja o modelo de gestão do conhecimento ou o tipo de inovação deve-se ter claro que o modelo mental do indivíduo que conduz o processo, bem como daqueles que participam deste, é o fator determinante na ação em que o conhecimento gera novos conhecimentos, a partir dos elementos construtivos da informação (JANNUZZI *et al.*, 2016).

Os autores destacam ainda que, ao estudar sobre a gestão do conhecimento, é importante adotar um olhar abrangente, que pode ser traduzido pelo pensamento sistêmico, ou seja, reconhecer que o todo é muito mais do que a soma das partes. É considerar que as partes interagem entre si e que dessa interação depende o fluxo do conhecimento que poderá potencializar os processos de criação, organização e disseminação do conhecimento.

É neste contexto, de olhar abrangente e da clareza do modelo mental do indivíduo que conduz o processo, que o presente estudo se dedica a propor um modelo de GC para apoiar a integração ensino – serviço fundamentado na EIP e na prática colaborativa.

Conforme já mencionado, muitas vezes as terminologias empregadas nos estudos de GC e de EIP parecem contraditórias, porém se faz necessário compreender que a proposta é apoiar a integração ensino-serviço, que por sua vez se inicia com o envolvimento das pessoas no contexto da gestão na área da educação e da saúde no contexto macro, se estendendo à IES e à administração pública municipal, para que, na sequência, no contexto micro, professores, profissionais de saúde e estudantes possam vivenciar a EIP e as práticas colaborativas. Sendo assim, depende do modelo mental dos indivíduos, seja na gestão ou na operacionalização da EIP que os processos de criação, organização, registros e disseminação do conhecimento previstos no modelo de GC irão ocorrer.

### 3.3 MODELOS DE GESTÃO DO CONHECIMENTO ADOTADOS NA INTERFACE ENTRE A UNIVERSIDADE E AMBIENTE EXTERNO.

Buscando entender a gestão do conhecimento na universidade, com interface no ambiente externo, optou-se por buscar estudos no Portal de Periódicos Capes, com acesso às bases de dados EBSCO, Lilacs, Medline, Pubmed, Bireme

A partir dos termos *knowledge management university and interface healthcare*, de acordo com os critérios apresentados na metodologia deste estudo, nenhum artigo foi encontrado.

Continuando a busca, optou-se pelos termos *knowledge management university and framework*. Para esses termos foram encontrados onze estudos, que após análise dos títulos, apenas um foi lido na íntegra. Os demais se tratavam de temas específicos relacionados à gestão do conhecimento, como por exemplo na biblioteca universitária e no gerenciamento de bolsas de estudos. O estudo selecionado é de autoria de Rusu (2006) e nele é apresentado a ideia de que o conhecimento é o núcleo definidor do trabalho acadêmico, pois o ensino superior tem funções centrais de conhecimento. Neste mesmo estudo, os conceitos de Gestão do Conhecimento foram desenvolvidos e aplicados para o contexto universitário, com base na abordagem de Piccoli; Ahmad e Alves (2000), os quais forneceram subsídios para incluir o corpo docente, os alunos e a gestão da informação no modelo de GC. A ideia principal era aumentar o capital intelectual e acadêmico, bem como ampliar para funcionários e corpo docente, na perspectiva da globalização.

Piccoli; Ahmad e Ives (2000) foi buscado no portal Google Acadêmico, a partir da referência de Rusu (2006), pois não foi um dos artigos encontrados na busca mencionada acima. Os autores indicam que a GC é fundamental nas indústrias e pouca atenção vinha sendo dispensada ao tema nos ambientes universitários. Os autores afirmam que infelizmente na educação superior os ambientes de aprendizagem eram fracos, pois não estavam ajustados às necessidades dos paradigmas educacionais emergentes. Afirmam também que é responsabilidade da universidade ajustar o ambiente educacional às necessidades de aprendizagem para o século XXI. Exemplificam indicando que, colegas de trabalho estão separados por fusos horários e

não por oceanos, o que exige outros recursos de interação, a exemplo dos recursos tecnológicos.

Piccoli; Ahmad e Ives (2000), por sua vez, indicam que a GC é fundamental nas indústrias e pouca atenção tem sido dispensada ao tema nos ambientes universitários. Os autores afirmam que infelizmente na educação superior os ambientes de aprendizagem eram fracos, pois não estavam ajustados às necessidades dos paradigmas educacionais emergentes. Afirmam também que é responsabilidade da universidade ajustar o ambiente educacional às necessidades de aprendizagem para o século XXI. Exemplificam indicando que colegas de trabalho estão separados por fusos horários e não por oceanos, o que exige outros recursos de interação, a exemplo dos recursos tecnológicos.

Piccoli; Ahmad e Ives (2000) desenvolveram e implementaram um modelo conceitual de gestão do conhecimento para uma equipe de estudantes e professores, inspirado pelos pressupostos de Nonaka, que considera a GC uma habilidade estratégica de adquirir, criar, explorar e acumular novos conhecimentos, contínua e repetidamente, como um processo cíclico.

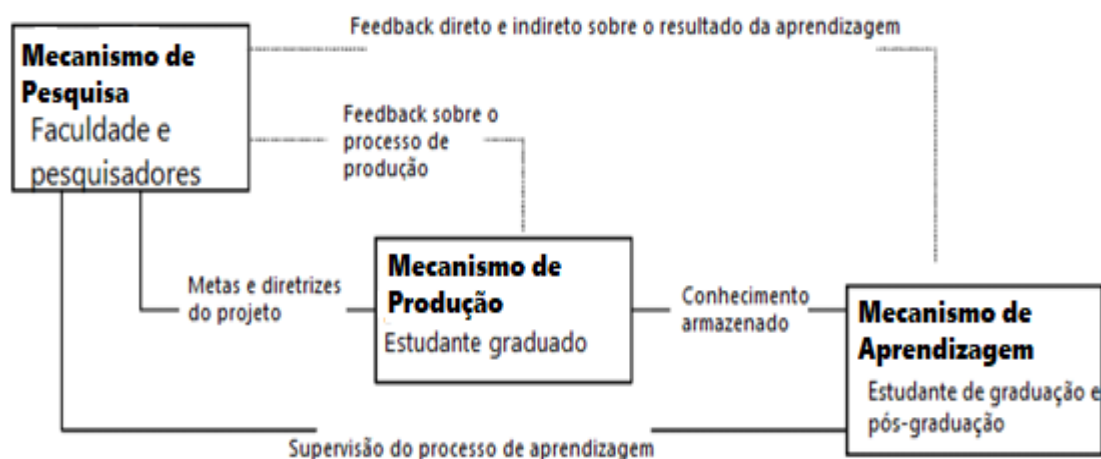
O modelo aplica os conceitos de conhecimento, organização e gestão no contexto universitário, fornecendo um enquadramento sobre as capacidades do corpo docente e dos alunos de gerir a riqueza de informações que os participantes criam. Além disso, a proposta é que o ciclo de criação e entrega de conhecimento se baseie e direcione todos os esforços para construção, produção e registro do conhecimento com uma estrutura de alocação de recursos e recompensas para estimular o ciclo.

Segundo os autores, o modelo proposto sugere como explorar os recursos da tecnologia da informação (TI), de modo a aproveitar os talentos e conhecimentos dos participantes, criando uma cultura de criação de conhecimento e compartilhamento dos benefícios com todas as partes interessadas. Tem, ainda, o potencial de ajudar os alunos a desenvolver a capacidade de aprender em um nível mais alto (ou seja, aprender a aprender) e avaliar criticamente a informação. Além disso, pode ajudar as universidades a se adaptarem ao ambiente de ensino superior, de acordo com as mudanças ocorridas nos modos de produção e valorização do trabalho e do trabalhador, bem como aproveitar as oportunidades criadas pelos avanços em TI.



O modelo proposto por Piccoli; Ahmad e Ives (2000) apresenta três mecanismos que servem a propósitos diferentes e contribui para a criação de conhecimento e ciclo de entrega de uma maneira específica, que beneficia os usuários diretamente, contribuindo para a perpetuação do processo global. São eles: mecanismo de pesquisa, de produção e de aprendizagem. Esses mecanismos e a proposta de interação podem ser visualizados na figura 2.

Figura 2. Modelo de gestão do conhecimento para uma equipe de estudantes e professores em universidades



Fonte: Piccoli; Ahmad e Alves (2000). Traduzido pela autora.

Este modelo propõe que professores e pesquisadores, no mecanismo de pesquisa, fornecem orientação e estabelecem metas para a organização, enquanto monitoram o progresso e avaliam os resultados (aquisição e geração de conhecimento). Alunos de pós-graduação, no mecanismo de produção, sob a supervisão daqueles que gerenciam o mecanismo de pesquisa, produzem e codificam o conhecimento como parte de seu próprio treinamento (geração de conhecimento e armazenamento de conhecimento). Finalmente, no mecanismo de aprendizado, os estudantes, sob orientação do corpo docente, assimilam e aplicam o conhecimento armazenado (utilização do conhecimento). A proposta exige que os participantes dentro de cada mecanismo reconheçam os benefícios de participar, percebendo retornos tangíveis pelo tempo que investiram. O mecanismo de pesquisa inclui ações de professores universitários, pesquisadores afiliados e outras instituições, bem como doutorandos.

Esses atores iniciam e orientam o processo de criação do conhecimento por meio dos percursos metodológicos da pesquisa científica. O mecanismo de pesquisa orienta o mecanismo de produção, ou seja, indica o percurso que os membros devem percorrer. Esse percurso pode ser individualizado ou em grupo, e lhes são apresentados em um cronograma detalhado de aulas semanais. Cada lição é composta de uma atribuição de prática, textos e dois tutoriais.

No terceiro mecanismo, de aprendizagem, os alunos aproveitam a disponibilidade dos repositórios de conhecimento. Esse mecanismo contribui para testar e revisar a hipótese original do projeto, que foi definida na primeira etapa, ou seja, no mecanismo de pesquisa. Para os estudantes as recompensas no mecanismo de aprendizado incluem um novo, flexível e interessante ambiente de aprendizagem e exposição a uma vasta base de conhecimento de material atualizado.

Quanto à implementação do modelo, Piccoli; Ahmad e Ives (2000) apresentam cenários hipotéticos, além de uma experiência de dois anos que combinou as fases do modelo e seu desenvolvimento para o uso do ambiente virtual de aprendizagem, denominado Aprendizagem Virtual Baseada na Web Ambiente (WBVLE) para treinamento básico de habilidades em TI. Os desenvolvedores foram graduandos, alunos matriculados em uma aula introdutória de sistemas de informação, supervisionados por estudante de pós-graduação avançado. Os módulos que eles desenvolveram, treinamento online para Microsoft Office, foram então utilizados em vários cursos introdutórios de graduação.

Para os autores, o modelo pode ser implementado com sucesso, pois apresenta resultados tangíveis para todos os envolvidos no processo.

Outras considerações apresentadas pelos autores incluem que as implementações como a apresentada neste estudo poderiam servir como uma sugestão de pesquisa, para verificar a eficácia e eficiência de ambientes virtuais de aprendizagem, pois o ciclo de criação e compartilhamento de conhecimento proposto, oferece uma abordagem sistemática e contínua, especialmente em ambientes universitários de pesquisa.



conhecimentos, esses são feitos nas equipes do corpo docente e dos pesquisadores, e estão relacionados ao mecanismo de pesquisa (*Research Engine – RE*). Segundo a autora, este mecanismo monitora o progresso e avalia os resultados para orientar os Programas de Desenvolvimento, de acordo com as metas estabelecidas para a organização, para o consórcio das grandes universidades ou para parceria com outras instituições na perspectiva da globalização.

Projetos e Programas de Pesquisa têm o papel de aumentar o capital e gerar um alto valor de conhecimento. No mecanismo de produção (*Production Engine – PE*), o conhecimento armazenado é usado para produzir e codificar novos conhecimentos. Este mecanismo tem um feedback do mecanismo de pesquisa, como supervisor de gerenciamento de conhecimento.

O modelo proposto pela autora apresenta três tipos de feedback, que dependem da influência em cada ciclo. Primeiro tem-se o feedback direto e indireto sobre o resultado de aprendizagem dado pelos programas. O feedback indireto é resultante do processo de pesquisa, que também depende da interação com o meio social e econômico.

O segundo feedback se dá entre os mecanismos de pesquisa e de produção, e atende às demandas externas (programas internacionais, estratégia nacional, prioridades). É também considerado um mecanismo de produção, que coordena o armazenamento de conhecimento e das metas diretivas do projeto.

O terceiro ciclo tem papel importante para a qualidade do conhecimento, pois representa a medição do capital intelectual como uma quantificação de resultados fundamentais na aplicação de projetos e programas de pesquisa.

Quanto ao mecanismo de produção e armazenamento do conhecimento, esses são usados para produzir e codificar o conhecimento. Este mecanismo tem um feedback do mecanismo de pesquisa, como supervisor de gerenciamento de conhecimento.

Para Rusu (2006), em relação aos mecanismos de criação, armazenamento e disseminação do conhecimento, o mais importante é pensar em como o estudante de graduação irá seguir este processo até se tornar um ator nos mecanismos de produção e nos mecanismos de pesquisa ou um especialista em ambiente econômico ou social.

Dando continuidade na busca de referenciais, e de acordo com os critérios estabelecidos na metodologia deste estudo, para os termos “*knowledge management*

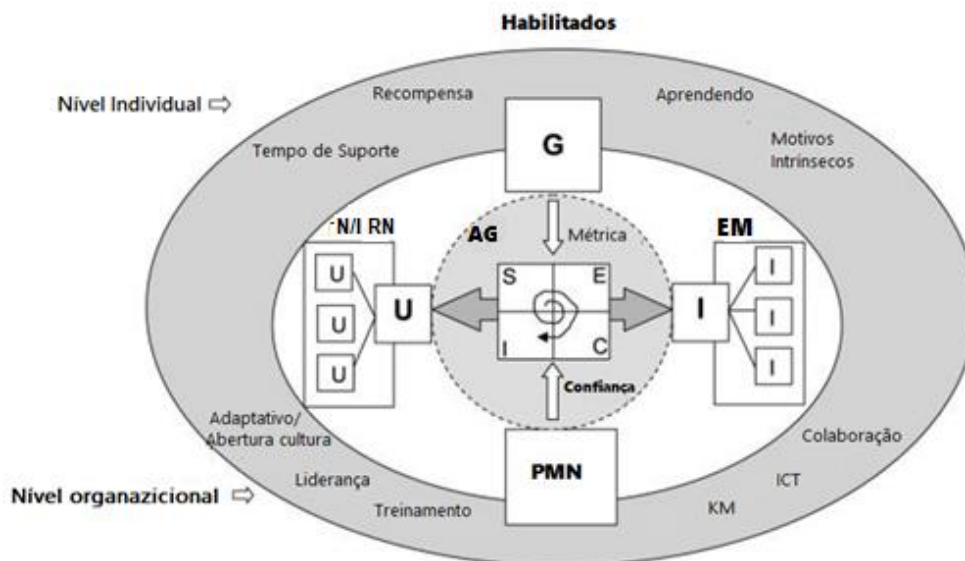
*and university*”, foram encontrados quatorze estudos. Ao revisar os títulos, nove foram selecionados para leitura dos resumos. Desses nove, foi possível perceber pelos resumos que todos tratam do tema GC nas universidades, sendo que dois deles incluem a interface com o ambiente externo, neste caso a interação entre a universidade e a indústria e um deles considera que a GC pode contribuir para melhorar o ambiente educacional.

Um dos estudos encontrados é de Rossi (2010), o qual teve por objetivo contribuir para o debate sobre a transferência de conhecimento entre universidade e indústria e sobre a mudança na organização das atividades de criação de conhecimento. Para tanto foi elaborado um quadro conceitual que associa várias propriedades de conhecimento e do contexto institucional em que as relações universidade-indústria ocorrem, às formas de governança de transferência de conhecimento que são mais prováveis de serem adotadas.

A abordagem do estudo de Rossi (2010) se refere ao contexto industrial, e apresenta uma preocupação em estabelecer uma relação mais articulada e duradoura em formas específicas de governança. Essa articulação demonstraria melhores resultados no sentido de se apropriar do conhecimento produzido, tanto pela universidade como pela indústria.

Outro estudo, desenvolvido por Worasinchai, Ribiéri e Arntzen (2008) teve por objetivo apresentar uma estrutura geral para fomentar a colaboração em pesquisa e o fluxo de conhecimento entre a universidade e a indústria na Tailândia. A metodologia de pesquisa para coleta de dados foi baseada em uma combinação de várias abordagens, e englobou entrevistas em profundidade, participações do pesquisador e análise de documentos diversos. Como resultado foi apresentado um framework/quadro teórico (Governo, Universidade, Indústria e Redes: G-U-I-N) desenvolvido englobando os principais fatores que poderiam tornar os relacionamentos entre universidade e indústria (U-I) mais bem sucedidos na Tailândia. O modelo pode ser visualizado na imagem apresentada na figura 04.

Figura 4. Framework G-U-I-N (Governo, Universidade, Indústria e Redes/ Network) com os principais fatores capazes de tornar os relacionamentos entre universidade e indústria mais bem sucedidos.



Fonte: Worasinchai, Ribiéri e Arntzen (2008) - traduzido pela autora.

**AG**- alinhamento de metas; **SECI** – Nonaka (2003) Espiral do Conhecimento; **PMN** – Programas Multi Nacionais; **G** – Patrocínio do governo; **N/I RN**: Pesquisas nacionais e internacionais de Network; **EM**- Rede empresarial

O modelo proposto por Worasinchai, Ribiéri e Arntzen (2008), e visualizado na figura 4, apresenta uma seta horizontal no centro da figura, que representa a relação entre os parceiros, ou seja, a universidade e a indústria. Para este relacionamento começar e ter sucesso catalisadores são necessários, ou seja, os objetivos, as metas e as estratégias de todas as partes devem estar alinhadas. Algumas métricas de sucesso também devem ser definidas, desde o início, para monitorar o progresso e o sucesso do relacionamento ao longo de todo o projeto. Confiança também é fundamental e deve ser gradualmente desenvolvida e mantida ao longo do desenvolvimento do projeto, o que facilitará relações futuras.

Nesse modelo, o relacionamento entre os parceiros deve basear-se nos processos de descoberta e transferência de conhecimento (tácito e explícito) e deve ser adequadamente gerenciado (codificado, compartilhado, transferido, mantido etc.). É por isso que o modelo SECI de Nonaka e Takeuchi (1997) é representado no centro do

relacionamento entre todas as partes. Pessoas envolvidas em tais parcerias devem ser motivadas a agir e deve ser fornecido um ambiente propício para conduzir pesquisa e colaboração frutífera. Os participantes devem ser apoiados por sua instituição para participar de projetos e a eles devem ser dados tanto tempo quanto necessário para atingir os objetivos.

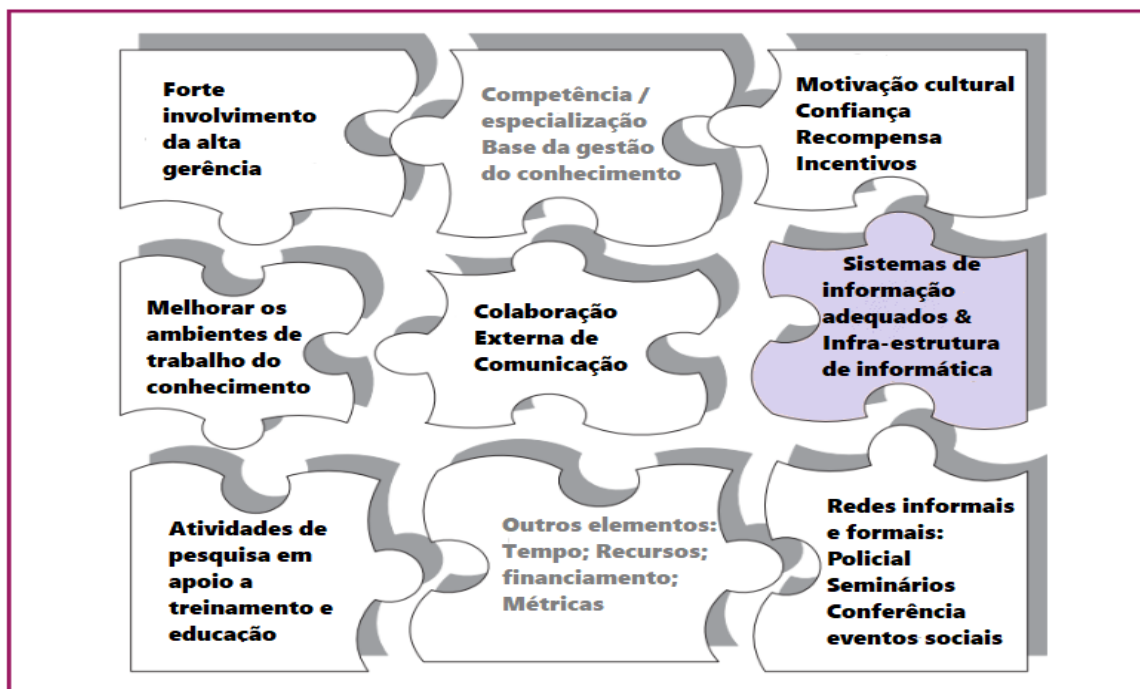
Para os autores, no caso das universidades, os professores envolvidos em tais projetos, muitas vezes tem que ensinar ou participar de várias comissões ou trabalhos administrativos que dispende tempo que seria para o seu projeto de pesquisa. Recompensa também deve ser implementada para incentivar os vários tipos de participantes. A aprendizagem também será um fator individual importante, já que as pessoas querem crescer a partir de tal experiência, adquirindo novos conhecimentos e habilidades. Por último, mas não menos importante, motivos intrínsecos devem impulsionar a motivação de cada indivíduo, particularmente no que diz respeito à produção acadêmica. Forçar as pessoas a se juntarem em um projeto de pesquisa, ou equipe, se eles realmente não enxergam valores ou benefícios, certamente vai acabar em fracasso.

O estudo de Arntzen *et al.* (2009) teve por objetivo apresentar como a Universidade de Bangkok (BU) iniciou sua jornada de gerenciamento de conhecimento, examinando como os processos de gestão de conhecimento poderiam contribuir para melhorar o ambiente educacional, fornecendo novos estilos de ensino e aumentando as relações entre professores, alunos e funcionários. O artigo indica as razões pelas quais a universidade teve essa iniciativa, e aponta para as mudanças nos processos educacionais, incluindo as novas tecnologias e a necessidade que tem o ambiente universitário de se apropriar desse novo contexto.

Para iniciar esse processo foram realizadas entrevistas com estudantes, professores e funcionários, além de serem analisados documentos, relatórios, *website*, dentre outros recursos, e realizadas observações no ambiente universitário. Essa coleta de dados permitiu a elaboração de um plano estratégico de GC e foram definidos missão, objetivos, metas, obrigações, políticas e outras diretrizes. Além disso, o estudo sugeriu uma série de importantes resultados que podem ser alcançados, incluindo sugestões de iniciativas empreendedoras da universidade. Apresentou também um modelo genérico

de GC, que pode ser visualizado na figura 5, e um modelo de plataforma digital de aprendizagem, de interação entre as pessoas, além de mecanismos de buscas de informações, específicas para o ambiente da universidade.

Figura 5. Modelo genérico de GC para o ambiente universitário.



Fonte: Arntzen *et al.* (2009) - traduzido pela autora.

O modelo genérico de GC proposto por Arntzen *et al.* (2009) resume as descobertas da investigação realizada pelos autores. Uma delas é que entre as várias iniciativas para GC, a mais importante é facilitar o compartilhamento de conhecimento entre os membros do corpo docente. Para tanto, uma estratégia usual seria organizar regularmente reuniões e seminários. Outra iniciativa, considerada muito importante pela administração e professores, é a construção de redes. A rede é reconhecida como um meio muito eficiente de compartilhar conhecimento no âmbito universitário, seja intra ou extra universidade. Isto é fomentado, por exemplo, através da criação de "Acordo de intercâmbio de estudantes e professores" ou "grau conjunto" com outras universidades nacionais ou internacionais. No entanto, é muito central considerar os aspectos sociais e psicológicos no conhecimento e mecanismos de compartilhamento. Por exemplo, as



peessoas devem se sentir encorajadas ou recompensadas a compartilhar conhecimento e trabalhar em equipe. Outra atividade que contribui para facilitar o compartilhamento de conhecimento consiste em construir repositórios de conhecimento. No entanto, essa tarefa significa, para o corpo docente, uma carga de trabalho adicional em potencial, criando palestras ou exercícios que precisam ser digitalizados. Observações mostram que nem todos são envolvidos neste processo. Isso se deve a vários fatores, como falta de tempo, falta de incentivos, medo de compartilhar, ferramentas complexas de TIC, falta de motivações, entre outros fatores.

Na conclusão do estudo, Arntzen *et al.* (2009) mostram que o uso apropriado da informação e tecnologias de comunicação pode ajudar a universidade a implementar ferramentas de aprendizagem baseada na organização do conhecimento.

Na busca de referenciais com os termos *Knowledge management university and interface*, foi encontrado apenas um artigo de Martínez (2014).

O estudo de Martínez (2014) apresentou elementos para investigação diagnóstica e direcionadores universitários para montar um sistema de interação entre universidade e setor externo que buscasse gerenciar o conhecimento proveniente das pesquisas. Para o autor, os conhecimentos transferidos entre a universidade e a empresa são fundamentais e podem impactar nos procedimentos organizacionais que essa interação exige.

Martínez (2014) apresenta em seu estudo os pontos que devem ser considerados e a ordem prevista para o diagnóstico e direcionadores universitários na elaboração de um sistema de interação entre universidade e setor externo, os quais estão listados abaixo:

- a) Determinar se a universidade realiza um conjunto de práticas coletivas de trabalho que são consideradas básicas para produção do conhecimento por meio de pesquisas;
- b) Identificar se os pesquisadores contam com uma estrutura tecnológica de manejo e acesso à informação que pode ser empregada para gestão do conhecimento;
- c) Analisar se existe uma relação entre as estratégias de desenvolvimento da universidade e a gestão do conhecimento por meio da pesquisa;

- d) Determinar se a universidade conta com um marco legal que apoia as decisões para gestão do conhecimento;
- e) Especificar se há um sistema que estimule as pessoas e /ou grupos que produzem o conhecimento, por exemplo a partir de benefícios de diferente natureza que facilite a incorporação dos processos de gestão do conhecimento;
- f) Analisar se a universidade conta com canais de comunicação que permitam a abordagem das pessoas participantes em diferentes etapas do processo de gestão do conhecimento.

Para elaborar o estudo e considerar os aspectos listados acima, Martínez (2014) criou um modelo de análise sobre as condições para gestão do conhecimento produzido pelas pesquisas e adaptado ao contexto universitário. As informações foram sistematizadas e codificadas para que pudessem ser interpretadas.

Esse modelo consta de cinco categorias de análises, com suas subcategorias e indicadores, que podem ser visualizadas no quadro 1.

Quadro 1. Modelo de análises sobre condições de gestão do conhecimento produzido pelas pesquisas e adaptado ao contexto universitário

CATEGORIAS	SUB CATEGORIAS	INDICADORES
Práticas coletivas de trabalho	Significação	Sentido
		Importância
	Habitualidade	Frequência
		Manutenção
		Permanência
Estrutura tecnológica	Sistemas técnicos	Computadores, sistemas de informática, etc...
		Bibliográficas: bibliotecas, bases de dados, informação especializada.
	Sistemas de comunicação	Redes de investigação
		Sistemas de comunicação interna.
		Comunicação externa (relações estabelecidas e projetadas).
Estratégias de investigação e produção de conhecimento	Tipos de investigação	Básica
		Aplicada
	Divulgação	Meios empregados
	Impacto	Projeção de uso do conhecimento
		Resultados transferidos
	Benefícios	Percepção

Institucionalização da gestão do conhecimento		Valorização
Marco legal e políticas	Marco	Jurídico
		Estratégico

Fonte: Martinez (2014) - traduzido pela autora.

O estudo de Martínez (2014) foi realizado em uma universidade que apresentou condições adequadas para investigação, ou seja, tem em sua estrutura: uma pró-reitoria de pesquisa; cursos e unidades acadêmicas estruturadas; uma normativa de pesquisa e professores pesquisadores com linhas de pesquisa estabelecidas, bem como procedimentos de registros explícitos dos resultados das investigações. As conclusões do estudo indicam a necessidade de se estabelecer um marco institucional e legal que possibilite acionar investigações que se relacionem com o ambiente externo. Uma das preocupações é a propriedade intelectual e direitos autorais. Há também uma preocupação com a ética da produção de conhecimento e o papel da universidade, e a responsabilidade pelo financiamento.

Outra opção de busca de referenciais foi a partir dos termos “knowledge management university” e “interaction”. Para esses termos foram encontrados seis estudos. Ao serem revisados, identificou-se que um estava repetido, quatro apresentavam em seu conteúdo termos adotados nas práticas de gestão do conhecimento, como compartilhamento, transferência e interação, mas não se referiam à GC propriamente dita, no contexto da interação entre a universidade e o ambiente externo, e um deles foi selecionado para leitura. Trata-se do estudo de McAdam et al. (2017) que teve por objetivo explorar como o maior envolvimento com a indústria e os usuários finais, influenciam o modelo de negócios de transferência de tecnologia da universidade para a indústria. O estudo foi qualitativo e se baseou em evidências no estudo de caso de duas universidades. As descobertas, representadas por uma estrutura conceitual, descreveram um Modelo de Negócios de Transferência de Tecnologia da Universidade, híbrido, e que está em um estado de desequilíbrio permanente como resultado da dependência do caminho e da cultura organizacional. Esse desequilíbrio causa desafios em relação à escassa alocação de recursos e afeta a disposição e a capacidade dos acadêmicos de se engajarem com a indústria e os usuários finais em

todo o processo de transferência de tecnologia. Esse estudo contribuiu para que outras pesquisas fossem realizadas, identificando os desafios do desequilíbrio permanente, em que os objetivos das partes interessadas, múltiplos e conflitantes, competem por legitimidade e recursos escassos. Esta pesquisa chamou a atenção para as complexidades do envolvimento de universidades, governo, indústria e usuários finais (as partes interessadas da Quádrupla Hélice) e suas implicações na estratégia universitária, onde lógicas dominantes e conflitantes podem causar desafios no alinhamento de mecanismos e processos organizacionais.

### 3.4 MODELOS DE GESTÃO DO CONHECIMENTO NA ÁREA DA SAÚDE

Ao revisar a literatura, e adotando os descritores “*knowledge management health and systematic review*”, de acordo com os critérios apresentados na metodologia deste estudo, que pudessem orientar a elaboração de um modelo de GC que considerasse a interface entre a formação e a assistência em saúde, vinte e sete (27) estudos foram encontrados. Ao conferir os títulos, cinco estavam repetidos, restando vinte e dois (22) estudos. Destes, cinco (05) estudos foram escolhidos para leitura, pois incluíam a gestão do conhecimento na área da saúde, sem necessariamente incluir um tema específico ou doença.

Dentre os achados, destaca-se Rocha *et al.* (2012), que publicaram um estudo intitulado “Gestão do conhecimento em saúde: revisão sistemática de literatura”. Esse estudo analisou o número de publicações identificadas em um determinado período, país de origem das publicações, metodologias aplicadas nos estudos, e principais fontes de publicação. Além disso, apresentou os trabalhos classificando-os em cinco categorias com destaque para a categoria **desenvolvimento de sistemas de GC em saúde (37,5%** dos estudos). As demais categorias foram: **discussões a respeito da GC na saúde (28,1%)**; **trabalhos que discorrem sobre a função do enfermeiro na GC (18,7%)**; **avaliação da GC em instituições de saúde (9,4%)**, pontuando a importância e a necessidade do uso de modelos teóricos e de programas/software para avaliar a GC nessas instituições; e **transformação de conhecimento tácito e explícito em práticas de conhecimento em saúde (6,3%)**, indicando a importância de compartilhar os

conhecimentos, por meio de comunidades de práticas, diretrizes e manuais, e utilizá-los na prática assistencial por meio da prática baseada em evidência (PBE).

Os resultados encontrados por Rocha *et al.* (2012) mostraram que 78% dos periódicos que publicaram sobre o assunto são internacionais, 77% dos pesquisadores atuam em ensino superior e 65% possuem título de doutor.

Além disso Rocha *et al.* (2012) destacam que,

é possível que o profissional dessa área venha descobrindo, mais recentemente, a importância de gerenciar o conhecimento nas instituições em que trabalha; afinal, suas ações envolvem constantemente as relações humanas e o processo comunicativo. Além disso, a implantação desse processo traz vantagens sustentáveis e de difícil imitação, porque é única em cada organização. Ela está apoiada nas pessoas que trabalham na empresa e não em recursos físicos, que são facilmente imitáveis e menos flexíveis.

Cabe ainda citar que o estudo indica que o menor número de publicações é dos profissionais que atuam em instituições de saúde. Os autores reforçam que a pesquisa deve estar inserida não só no cotidiano de alunos e docentes, mas também deve envolver o profissional de saúde que está trabalhando com o paciente. Sugerem que investigações devem ser estimuladas nos serviços de saúde, envolvendo os profissionais que desenvolvem suas atividades, a fim de ampliar o conhecimento e promover aproximações entre assistência, ensino e pesquisa. Destacam também que a integração da universidade aos serviços de saúde favorece a atualização e o acesso às inovações científicas (ROCHA *et al.*, 2012).

Continuando a busca por referenciais, adotou-se os termos “*knowledge management university and healthcare*”, para os quais não foi encontrado nenhum estudo.

### 3.5 MODELO DE GESTÃO DO CONHECIMENTO PARA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA BRASILEIRA

Ao consultar referenciais que pudessem contribuir para a elaboração do modelo de GC, para apoiar a integração ensino e serviços em saúde, optou-se por buscar estudos que tivessem modelos de GC para administração pública. Essa opção se deu

porque a organização pública tem os serviços em benefício do cidadão-usuário e da sociedade em geral, ou seja, os resultados esperados não têm em primeira instância o objetivo econômico, e sim a entrega de melhores serviços à população.

Sendo assim, optou-se pelos trabalhos de Batista (2012; 2015), que trazem a construção, experimentação e justificativa para um modelo de GC adotado na administração pública. O autor defende a ideia de que, para a administração pública, o modelo deve ser específico. Destaca também que os modelos de GC construídos para o setor privado não são adequados para o setor público. No setor privado, a GC é vista como um instrumento de inovação que permite aumentar a satisfação do cliente e, conseqüentemente, aumentar a produtividade e lucratividade. Por meio da GC a empresa gera riquezas, torna-se mais competitiva e se perpetua no mercado.

O autor considera que a efetiva aplicação de um modelo de GC ajuda as organizações públicas a enfrentarem novos desafios, implementarem práticas inovadoras de gestão e melhorarem a qualidade dos processos, produtos e serviços públicos em benefício do cidadão-usuário e da sociedade em geral. Considera ainda que é necessário construir um modelo genérico e holístico de GC adequado e específico para a administração pública brasileira.

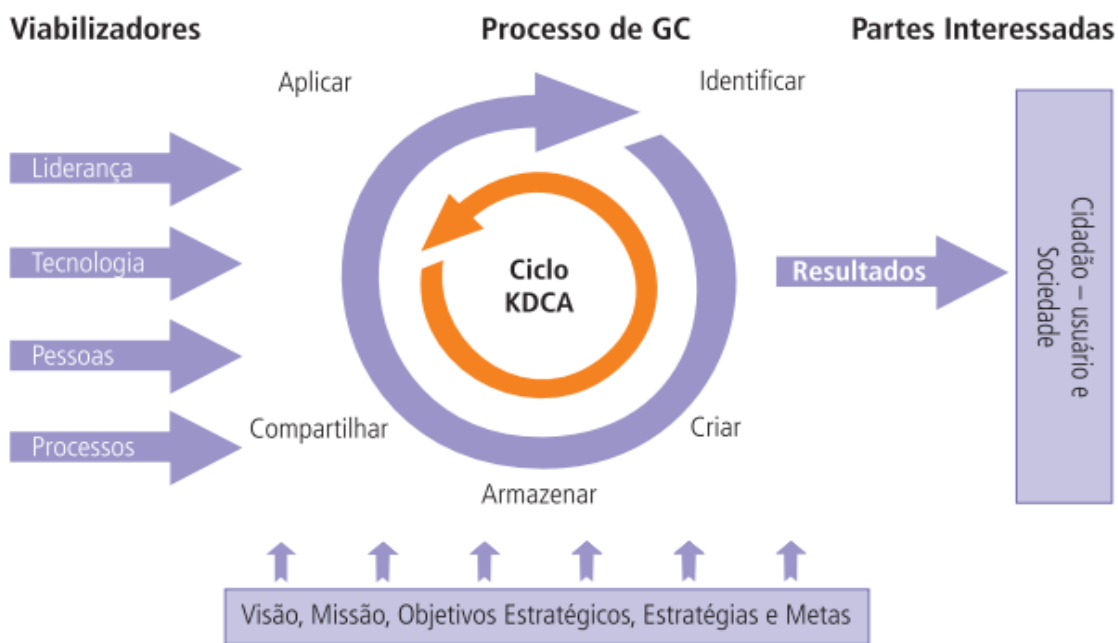
O modelo proposto por Batista (2012) foi construído com base na literatura sobre GC, bem como nos modelos, instrumentos de avaliação e roteiros de implementação de GC utilizados por organizações públicas. A sua proposição identifica cinco componentes.

- Alinhamento da GC com a missão, a visão e os objetivos estratégicos da organização.
- Fatores críticos de sucesso ou viabilizadores da GC na organização: liderança; pessoas; tecnologia; e processos.
- Processos de GC: identificação; criação; armazenamento; compartilhamento, e aplicação do conhecimento.
- Resultados da GC: aprendizagem e inovação; aumento da capacidade individual, das equipes, da organização e da sociedade; aumento da eficiência, e melhoria da qualidade de processos, produtos e serviços.
- Partes interessadas da administração pública: cidadão-usuário, e

sociedade.

Esses componentes podem ser visualizados pela representação da figura 6.

Figura 6. Modelo de GC para a administração pública



Fonte: Batista (2012)

Para Batista (2012), um modelo de GC deve ter na base a visão, missão e objetivos, que constituem o primeiro componente do modelo. É deste ponto que a organização traça metas para a sua realidade, pois desta forma a GC é gerada para que as metas traçadas sejam de fato concluídas e os resultados apareçam. O primeiro elemento, denominado visão, define o que a organização pretende ser no futuro. Incorpora as ambições da organização e descreve o quadro que se quer atingir. O segundo elemento é a missão, que declara o que é a organização, sua razão de ser, seus cidadãos - usuário e serviços que presta. “A missão define o que a organização pública é hoje, seu propósito e como pretende atuar no dia a dia” (p.53). O terceiro elemento, objetivo da instituição, deve ser criado, para que se elabore as estratégias para alcançar a meta final. Sendo assim, é de grande importância que os três elementos estejam bem alinhados para que o modelo de GC possa assegurar os resultados organizacionais desejados.

De acordo com Batista (2012), o segundo componente na construção de um modelo de GC, são os fatores críticos de sucesso ou viabilizadores da GC, que contam com quatro componentes: liderança, tecnologia, pessoas e processos.

O fator crítico de sucesso “**liderança**” deve ser considerado um dos mais fundamentais para o sucesso da implementação da GC nas organizações públicas, pois cabe ao papel da liderança fazer com que haja um esforço no sentido da implementação. É papel fundamental da liderança fazer com que a missão, a visão e o objetivo sejam bem reforçados e estejam sempre alinhados com as estratégias da organização (BATISTA, 2012). É também competência da liderança fazer com que as iniciativas de GC sejam formalizadas, por meio de arranjos organizacionais, desde que haja uma estrutura adequada para tal. Cabe à liderança também observar os recursos financeiros para alocar as iniciativas da GC, fazendo com que desta forma ocorra melhoria de processos, produtos e serviços. É importante a liderança observar se na alta chefia existe um método de compartilhamento que possa ser adotado como modelo a ser seguido (BATISTA, 2012; BATISTA, 2015).

No entanto, um aspecto a ser considerado e que pode ser negativo, é a descontinuidade administrativa sobre as iniciativas de GC. Pode acontecer da nova liderança não dar continuidade aos projetos bem-sucedidos de GC implementados pela liderança anterior. Isso é particularmente grave na administração pública em virtude da alta rotatividade de gestores na direção de órgãos e entidades da administração direta e indireta (BATISTA, 2012, p.56).

Quanto ao fator crítico de sucesso, “**tecnologia**”, segundo Batista (2012, p.57) “A tecnologia viabiliza e acelera os processos de GC por meio de práticas efetivas cujo foco central é a base tecnológica.” Sendo assim, é importante ter dentro de uma organização, instrumentos que facilitem os processos, fazendo com que o meio tecnológico seja uma ferramenta de GC, tendo em vista a facilidade de compartilhamentos, criações, armazenamento e aplicação de conhecimento (Batista, 2012).

Para que haja um alinhamento entre a ferramenta tecnológica e a GC, é necessário que a organização tenha uma boa infraestrutura de TI dando suporte, e funcionários que consigam ter acesso aos dados dos computadores, visitando correios



eletrônicos e tendo acesso às informações atualizadas sobre determinadas situações (BATISTA, 2012).

Cabe destacar que, de acordo com Nonaka e Takeuchi (1997), a tecnologia pode ser um facilitador no processo de socialização e externalização, característicos dos quatro modos de conversão do conhecimento do modelo SECI.

Assim, quando se refere ao conhecimento tácito e em como a tecnologia pode facilitar esse processo de conversão, cita-se os meios de comunicação, que podem ser utilizados tanto presencialmente como virtualmente, melhorando assim, a colaboração comunicativa, podendo ocorrer um compartilhamento de modo formal ou não formal (BATISTA, 2012). Quanto ao conhecimento explícito e à tecnologia, existem várias ferramentas que podem ajudar os processos da GC, tais como: mecanismos de busca, intranets, extranets e repositórios de conhecimento, que têm como objetivo fazer com que dentro da produção organizacional ocorra um processo de recolher, gerir, preservar e disseminar o conhecimento (BATISTA, 2012). Desta forma, é essencial que as pessoas tenham acesso à rede de computadores, e que esses mecanismos facilitem os processos de conversão do conhecimento. Também é importante o acesso aos e-mails e intranets, e que os sites das organizações estejam sempre atualizados e com informações pertinentes, tornando-se essencial para a GC a utilização da intranet como principal meio de comunicação e de compartilhamento de conhecimento em toda a organização (BATISTA, 2012; BATISTA, 2015).

Ferramentas de colaboração, além dos já citados, como portais, ou outros sistemas informatizados que capturam e difundem conhecimento e experiência entre trabalhadores/departamentos, são essenciais para disseminação da informação. Um portal é um espaço web de integração dos sistemas corporativos, com segurança e privacidade dos dados. O portal pode se constituir em um verdadeiro ambiente de trabalho e repositório de informações para a organização e seus colaboradores. O portal propicia acesso às informações e às aplicações relevantes, bem como pode ser uma plataforma para comunidades de prática, redes de conhecimentos e melhores experiências. Nos estágios mais avançados, permite customização e personalização da interface para cada um dos funcionários (BATISTA, 2012, p. 57).

O próximo fator crítico de sucesso está relacionado às “**pessoas**”, e é bastante importante quando relacionado aos processos principais de GC, pois são as pessoas que realizam e organizam os processos e estão inseridas dentro das organizações (BATISTA, 2012).

De acordo com o autor, as pessoas têm um papel importante e as organizações públicas deveriam investir mais em programas relacionados à educação e capacitação dos profissionais. Desta forma os servidores ou funcionários poderiam desenvolver maiores habilidades dentro da organização para criar, identificar, armazenar e compartilhar o conhecimento.

É importante disseminar de maneira sistemática informações sobre os benefícios, a política, a estratégia, o modelo, o plano e as ferramentas de GC para novos servidores para que eles possam rapidamente aderir ao esforço de institucionalizar a GC (BATISTA, 2012, p.58).

Algumas práticas relacionadas à gestão de pessoas que tem como objetivo facilitar o processo de compartilhamento do conhecimento são: fóruns, comunidades de conhecimento, educação corporativa, narrativas, mentoring e coaching e universidade corporativa (BATISTA, 2012). Cada uma dessas práticas tem seu papel na GC de disseminação das informações e práticas compartilhadas.

Quanto ao fator crítico de sucesso “**processos**”, Batista (2012, p. 59) afirma que “o processo é um conjunto de atividades que transformam insumos (entradas) em produtos e serviços (saídas)”. Sendo assim pode-se considerar que o processo aumenta a colaboração do conhecimento na organização (Batista, 2012). Cabe ao critério de processo avaliar se uma organização identifica as competências, e se ocorre um alinhamento da mesma com a missão e os objetivos da organização (BATISTA, 2015).

De acordo com Batista (2012, p.60),

os processos sistemáticos e modelados de maneira efetiva podem contribuir para aumentar a eficiência, melhorar a qualidade e a efetividade social e contribuir para a legalidade, impessoalidade, publicidade e moralidade na administração pública e para o desenvolvimento nacional.

As práticas relacionadas à estruturação dos processos organizacionais que funcionam como facilitadores de identificação, criação, armazenamento, disseminação e aplicação do conhecimento organizacional, de acordo com Batista (2012), são:

- Melhores práticas;
- Benchmarking;
- Memória organizacional;
- Sistemas de inteligência organizacional;
- Mapeamento ou auditoria do conhecimento;
- Sistema de gestão por competências;
- Banco de competências organizacionais;
- Banco de competências individuais: Trata-se de um repositório de informações sobre a capacidade técnica, científica, artística e cultural das pessoas. O perfil pode ser limitado, incluindo informações sobre conhecimento tácito, experiências e habilidades negociais e processuais;
- Gestão do capital intelectual: a prática pode incluir mapeamento dos ativos organizacionais intangíveis, gestão do capital humano, gestão do capital do cliente, e política de propriedade intelectual.

Sendo assim, cabe ao fator crítico de sucesso “processos”, avaliar se existe um sistema capacitado e organizado para assegurar que, em casos de crises ou imprevistos, exista o bom funcionamento e continuidade das operações. É necessário que exista também um processo de avaliação para melhorar continuamente o trabalho, buscando maior aprimoramento (BATISTA, 2012; 2015)

O terceiro componente do Modelo de GC para a administração pública é o processo de GC. Neste componente estão previstas cinco atividades sistemáticas principais (BATISTA, 2012):

- **Identificar:** dentro de uma organização devem ser identificadas as competências essenciais, bem como as lacunas do conhecimento, fazendo com que desta forma uma organização consiga alcançar seus objetivos estratégicos.

- **Criar:** basicamente é uma eliminação das lacunas de conhecimento por conversão do conhecimento e criação de um novo conhecimento, podendo ser realizado em três níveis, sendo eles o individual, da equipe e organizacional.
- **Armazenar:** o processo de armazenamento permite que ocorra a preservação do conhecimento organizacional. O armazenamento pode ser de diversas formas. Embora algumas vezes seja difícil armazenar conhecimento, em especial aqueles adquiridos pelas experiências, torna-se imprescindível o compartilhamento com outras pessoas, por exemplo. “O armazenamento do conhecimento deve ser feito de tal forma que sua recuperação seja fácil para todos os servidores públicos que necessitam dele” (BATISTA, 2012, p.63).
- **Compartilhar:** o processo de compartilhamento permite que exista uma aprendizagem contínua. Mas para que isso seja efetivado, é necessário que as pessoas tenham confiança entre si, ou seja, para que uma pessoa compartilhe seu conhecimento, é necessário que ela tenha um compartilhamento mútuo, pois o conhecimento fica armazenado em repositório ou bases de conhecimento, para que assim seja compartilhado com outros. Desta forma, o processo tecnológico nessa atividade é uma ferramenta bastante importante, uma vez que tem como objetivo ampliar o conhecimento (BATISTA, 2012).
- **Aplicar:** o conhecimento agrega valor nos processos de apoio, processos finalísticos, podendo gerar uma melhora dos seus produtos e serviços das organizações públicas. “A aplicação é a utilização e reutilização do conhecimento na organização” (APO, 2009 *apud* BATISTA, 2012, p.64).

As atividades do processo de GC se inserem no ciclo de KDCA (BATISTA, 2012).

O Ciclo KDCA deve ser utilizado na gestão de processos e no gerenciamento de projetos, de programas e de políticas públicas para aumentar a eficiência; melhorar a qualidade e efetividade social; contribuir para a legalidade, impessoalidade, publicidade e eficiência na administração pública; e contribuir para o desenvolvimento brasileiro (BATISTA, 2012, p.64).

Este baseia-se no ciclo de PDCA, o qual significa planejar, executar, verificar e atuar corretivamente. Neste sentido, a substituição do P pelo K de *Knowledge* (conhecimento), visa destacar a questão do conhecimento que existe no ciclo. Isso não

significa que o planejamento deva ser eliminado. O planejamento ocorre, porém com o foco voltado para o conhecimento e controle de processos. As atividades de processo têm objetivos de desempenho organizacional, sendo assim são fundamentais para a organização (BATISTA, 2012).

Na fase K, de *KNOWLEDGE* (conhecimento), a organização identifica o conhecimento relevante para melhorar a qualidade do processo, produto ou serviço da organização pública. Em seguida, define o indicador e a meta de melhoria da qualidade a ser alcançada com o uso do conhecimento. Na sequência, define o método para identificar e captar (ou criar) o conhecimento. Esse conhecimento pode ser obtido na organização ou no ambiente externo (BATISTA, 2012, p.65).

Os resultados da GC constituem o quarto componente do modelo. Nesse componente é muito importante analisar o histórico de implementação da GC na organização, e se houve algum impacto (BATISTA, 2012, 2015). E, para avaliar quais foram os impactos, é necessário analisar também se houve resultados com a implementação do modelo de GC.

Esses resultados podem ser imediatos e representarem aprendizagem e inovação e, como consequência, apresentarem também o incremento da capacidade de realização individual, da equipe, da organização e da sociedade, além de identificar, criar, armazenar, compartilhar e aplicar o conhecimento. “A inovação pode resultar em novos produtos, serviços e processos, novas tecnologias, novos projetos, novas políticas públicas, novos programas de governo, práticas inovadoras de gestão pública e novos modelos de gestão pública” (BATISTA, 2012, p.68).

Para Batista (2012, p.69) “indivíduos e equipes gerenciam processos, projetos, políticas públicas e programas utilizando o processo de GC e o Ciclo KDCA. Para isso:

- Aprendem antes de iniciar a execução de um processo, projeto, política pública ou programa. O gestor público reúne sua equipe em um ambiente colaborativo para examinar soluções potenciais em uma fase exploratória;
- Aprendem durante a execução do projeto, do processo, da política pública e do programa. É um método de aprendizagem contínua. Nesse momento, define-se o que deveria acontecer, o que aconteceu de fato, o porquê da diferença e as lições aprendidas; e

- Aprendem depois da execução do projeto, pois é feita uma análise retrospectiva com foco no sucesso e naquilo que poderia ter sido feito melhor. Além disso, são identificadas as lições aprendidas que podem ser compartilhadas.

Quando as lições, tanto as específicas quanto as genéricas, dos processos de aprendizagem, são realizadas e compartilhadas nas comunidades de práticas, elas passam a ser agregadas como ativos de conhecimento na *intranet* ou no portal da própria organização, ocorrendo assim, um compartilhamento entre todos os membros da organização (BATISTA, 2012). Assim, o quinto e último componente do modelo apresentado pelo autor são as partes interessadas: o cidadão-usuário e a sociedade. O cidadão-usuário é o destinatário dos serviços e das ações da administração pública, que pode ser tanto uma pessoa física como jurídica, seja no contexto individual ou coletivo.

A gestão do conhecimento sobre os cidadãos-usuários é fundamental para que a organização pública cumpra sua missão e atenda às necessidades e expectativas dos destinatários dos seus serviços. Portanto, o foco no cidadão-usuário é fundamental para o êxito da estratégia e plano de GC das organizações públicas (BATISTA, 2012, p.70)

### 3.6 OS PRINCÍPIOS E FINALIDADES DO SUS E AS POLÍTICAS DE NOVOS PERFIS PROFISSIONAIS

Ao longo da história, o conceito de saúde foi se modificando de acordo com a conjuntura social, econômica, política e cultural. A partir da segunda metade do século XX, surge uma preocupação em se definir um conceito de saúde de uso internacional que pudesse orientar as políticas sociais voltadas para a melhoria da saúde e qualidade de vida das populações a nível mundial. Em 1948, a OMS, em conformidade com a Carta das Nações Unidas, definiu a saúde como o 'estado de completo bem-estar físico, mental e social', e não apenas a ausência de doença (SEGRE e FERRAZ, 1997).

Narvai e Pedro (2008) caracterizam esse conceito mais como uma declaração do que propriamente uma definição e apresentam a ideia de que a saúde pode ser descrita a partir de três planos: subindividual (correspondente ao nível biológico e orgânico,

fisiológico ou fisiopatológico), individual (considera que as disfunções e anormalidades ocorrem em indivíduos que são seres biológicos e sociais ao mesmo tempo) e coletivo. Este último, o plano coletivo, amplia o entendimento sobre o processo saúde e adoecimento, pois expressa um processo social mais amplo, que resulta de uma complexa trama de fatores e relações, representados por determinantes em vários níveis de análise: família, domicílio, micro área, bairro, município, região, país, continente, entre outros.

Buss e Pellegrini Filho (2007) destacam os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) estabelecidos em 2006 pela Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) que são “os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população”.

Os mesmos autores apresentam o modelo de Dahlgren e Whitehead, que inclui os DSS organizados em diferentes camadas. Na primeira camada, mais central, está o indivíduo e inclui suas características individuais (idade, sexo e fatores genéticos). Na camada subsequente aparece o comportamento e os estilos de vida individuais. A camada seguinte destaca a influência das redes comunitárias e de apoio. No próximo nível estão representados os fatores relacionados a condições de vida e trabalho, disponibilidade de alimentos e acesso a ambientes e serviços essenciais, como saúde e educação. No último nível, estão os macrodeterminantes relacionados às condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade e que possuem grande influência sobre as demais camadas.

A figura 7 permite compreender melhor o Modelo de Dahlgren e Whitehead.

Figura 7. Determinantes Sociais: modelo de Dahlgren e Whitehead



Fonte: BUSS, P.M.; PELEGRINI FILHO, A.(2007)

A figura 7, permite analisar os determinantes de saúde nos planos subindividual, individual e coletivo, e significa que somente em condições muito específicas a saúde resulta apenas da disponibilidade e do acesso aos serviços de saúde. Sendo assim é importante lembrar que na Constituição Federal de 1988, na sessão sobre saúde (Art. 196), sua definição inclui “A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

A regulamentação do conteúdo expresso na constituição, se deu a partir da lei número 8.080, de 19 de setembro de 1990. Essa lei “dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes” e estabelece objetivos, atribuições, princípios e diretrizes do SUS (BRASIL,1990a).

No artigo 6º da Lei 8.080, onde se lê “estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS)”, o inciso III apresenta a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde. Isso significa que é também responsabilidade do



serviço público de saúde contribuir para formação de profissionais que atuem na saúde pública de acordo com os princípios do SUS.

O artigo 14 apresenta a necessidade de criar comissões permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino superior. De acordo com esse artigo e o seu parágrafo único a finalidade dessas comissões é propor “prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde (SUS), na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições”

Destaca-se também o artigo 27 dessa mesma lei (Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990) o qual indica que “a política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo”, e dentre os objetivos que devem ser cumpridos está registrado no inciso I, a “organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal.

No Parágrafo único deste mesmo artigo 27 encontra-se a seguinte recomendação: “Os serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) constituem campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional”.

Com o SUS, as práticas de saúde necessitaram de reformulações e o foco passou a ser a promoção da saúde e a prevenção dos agravos, que paulatinamente foram se incorporando até fazer parte do planejamento das políticas públicas (BRASIL, 2010).

Além disso, aspectos relacionados à formação de novos profissionais deveriam ser revisitados. O contexto político-institucional dentro do qual se organiza um sistema de saúde, define os preceitos que devem orientar a formação de profissionais com as competências adequadas para exercerem seu ofício no país.

A Constituição Federal de 1988, a Lei 8.080/90, e a Lei de Diretrizes e Base da Educação Brasileira – Lei 9394/96 trazem aspectos importantes para reorientar a formação dos profissionais de saúde. Dentre eles se destacam a formação para atuar de acordo com os princípios e finalidades do SUS, a articulação da formação com o serviço público de saúde e a flexibilização na organização curricular e a necessidade da

existência de uma base comum para os cursos da saúde. Neste contexto no ano de 2001, com a publicação das novas diretrizes curriculares para os cursos de Medicina, iniciou-se uma mudança significativa nos processos de formação, pois as diretrizes passaram a apontar caminhos que solicitavam a reformulação dos cursos no sentido de acompanhar as mudanças que vinham ocorrendo no sistema público de saúde (Ministério da Educação, 2001).

O conceito ampliado de saúde precisaria orientar a formação dos profissionais de saúde e ultrapassar as especificidades da formação. Seria preciso perceber o sujeito como um todo e as implicações do seu cotidiano na saúde, a partir do conceito e de um olhar desprendido e articulado com profissionais de diferentes formações em saúde preparados para atuarem juntos, em equipes (NOGUEIRA, 2009).

Um dos modelos de equipes que atuam nas unidades básicas de saúde são as equipes de referência. Elas atuam e compreendem um grupo de profissionais com diferentes formações. Cada um desses profissionais é considerado essencial para orientar a condução das ações de cuidados em saúde, considerando o seu campo de conhecimento (CAMPOS e DOMITTI, 2007). Ao invés das pessoas se responsabilizarem por atividades e procedimentos (geralmente uma responsabilidade quantitativa), o que se busca é construir a responsabilidade de pessoas por pessoas, e que cada equipe de profissionais tenha uma clientela sob sua responsabilidade sanitária (SAÚDE, 2009).

Para ampliar a capacidade resolutiva destas equipes e qualificar o seu trabalho, é necessário o apoio técnico de outros profissionais de saúde com campos de conhecimentos distintos e complementares aos dos profissionais que integram as equipes de referência. Este arranjo organizacional chama-se apoio matricial, sendo uma forma de organizar e ampliar a oferta de ações em saúde, que lança mão de saberes e práticas especializadas, sem que o usuário deixe de ser cliente da equipe de referência – BRASIL, 2004. O que se pretende, quando a equipe ou profissional de apoio matricial se encontra com a equipe de referência, é que este apoio auxilie a equipe de referência na formulação/reformulação e execução de um projeto terapêutico singular para um sujeito individual ou coletivo, que necessita de uma intervenção em saúde, com a qual a equipe de referência teve dificuldade. Este processo incentiva a organização contínua e a integralidade do cuidado (CAMPOS e DOMITTI, 2007; CUNHA e CAMPOS, 2011).

O apoio matricial e a equipe de referência são consideradas metodologias de trabalho, ou seja, maneiras de se realizar a gestão da atenção em saúde, mas também são arranjos organizacionais que buscam reduzir a fragmentação do trabalho em saúde, decorrente do processo de especialização em todas as áreas de conhecimento (BRASIL, 2004).

### 3.7 OS PRINCÍPIOS E FINALIDADES DO SUS E AS POLÍTICAS NACIONAIS DE SAÚDE

De acordo com o artigo 4º da Lei 8080/90, o Sistema Único de Saúde – SUS é um conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público.

Esta mesma lei, no artigo 7º, expressa que as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS, são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios: **universalidade de acesso** aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; **integralidade de assistência** (conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema); preservação da **autonomia das pessoas** na defesa de sua integridade física e moral; **igualdade da assistência à saúde**, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; **direito à informação**, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; **divulgação de informações** quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; **utilização da epidemiologia** para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; **participação da comunidade**; **descentralização político-administrativa**, com direção única em cada esfera de governo; **integração em nível executivo das ações de saúde**, meio ambiente e saneamento básico; **conjugação dos recursos** financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; **capacidade de resolução** dos serviços em todos os níveis de

assistência; e **organização dos serviços públicos** de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos; **organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral**, são os princípios e diretrizes que orientam a atuação no serviço público de saúde brasileiro (BRASIL,1990a).

Por outro lado, quando se consulta o portal do Ministério da Saúde, encontra-se os princípios do SUS classificados como doutrinários e organizativos, os quais estão apresentados a seguir.

Figura 8: Princípios Doutrinários do SUS.

**Universalização:** a saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais.

**Equidade:** o objetivo é diminuir desigualdades. Apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Em outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior

**Integralidade:** considera as pessoas como um todo, atendendo as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

Fonte: Ministério da Saúde (2019) – elaboração própria

Figura 9. Princípios Organizativos do SUS

**Regionalização e Hierarquização:** serviços organizados em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos, e com definição e conhecimento da população a ser atendida. A regionalização é um processo de articulação entre os serviços que já existem, visando o comando unificado dos mesmos. Já a hierarquização deve proceder à divisão de níveis de atenção e garantir formas de acesso a serviços que façam parte da complexidade requerida pelo caso, nos limites dos recursos disponíveis numa dada região.

**Descentralização e Comando Único:** descentralizar é redistribuir poder e responsabilidade entre os três níveis de governo. Descentralização objetiva prestar serviços com maior qualidade e garantir o controle e a fiscalização por parte dos cidadãos. No SUS, a responsabilidade pela saúde deve ser descentralizada até o município. Para que valha o princípio da descentralização, existe a concepção constitucional do mando único, onde cada esfera de governo é autônoma e soberana nas suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade.

**Participação Popular:** a sociedade deve participar no dia-a-dia do sistema. Para isto, devem ser criados os Conselhos e as Conferências de Saúde, que visam formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde.

Fonte: Ministério da Saúde (2019) – elaboração própria

Para auxiliar na organização, potencializar os princípios e diretrizes do SUS tanto na formação de novos profissionais, quanto na qualificação dos profissionais que atuam no SUS, o Ministério da Saúde, por meio da portaria no 2.261, de 22 de setembro de 2006, institui o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho no Sistema Único de Saúde (ProgeSUS).

O ProgeSUS foi criado por meio da Portaria Ministerial nº. 2.261, de 22 de setembro de 2006 (D.O.U. de 26 de setembro de 2006) com o objetivo de propor diretrizes organizacionais e oferecer ferramentas, suporte e mecanismos para a organização, modernização e profissionalização da gestão do trabalho e da educação nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Desde a sua implementação, a grande meta proposta foi, e continua sendo, qualificar e fortalecer as estruturas de gestão do trabalho e da educação. Investir, organizar, sistematizar e coordenar as três

instâncias de gestão do SUS, em contato e interação cotidiana com os trabalhadores da saúde é fundamental para garantir o atendimento à população de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, tanto quanto promover a continuidade das ações quando da inserção de novos profissionais no SUS. Essa meta indica a necessidade do diálogo, entre a gestão do trabalho e a gestão da educação, envolvendo serviços de saúde, universidades, escolas técnicas e de saúde pública na construção de estratégias de gestão e educação que contemplem as demandas da população brasileira. O apoio às ações no campo da formação e desenvolvimento dos profissionais da área da saúde pode ser considerada uma demanda de gestão que atende às diretrizes do Pacto de Gestão e às responsabilidades da União na garantia do direito à saúde e na busca da equidade social (BRASIL, 2006b).

A atuação e a formação dos profissionais de saúde, devem estar em sintonia com os princípios e finalidades do SUS, com os princípios e diretrizes que orientam a atuação no serviço público de saúde brasileiro, tanto quanto com as políticas nacionais de saúde. Essas políticas estão consolidadas pela Portaria Nº 2, de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017) que em três capítulos indica quais são as Políticas de Saúde, as Políticas de Organização da Atenção à Saúde e as Políticas de Organização do SUS.

Uma das políticas que merece destaque é a Política Nacional de Saúde (PNPS), publicada em 2006 (BRASIL, 2006a). Na apresentação do documento encontra-se o seguinte texto:

Entre as macroprioridades do Pacto em Defesa da Vida, possui especial relevância o aprimoramento do acesso e da qualidade dos serviços prestados no SUS, com a ênfase no fortalecimento e na qualificação estratégica da Saúde da Família; a promoção, informação e educação em saúde com ênfase na promoção de atividade física, na promoção de hábitos saudáveis de alimentação e vida, controle do tabagismo; controle do uso abusivo de bebida alcoólica; e cuidados especiais voltados ao processo de envelhecimento (BRASIL, 2006a)

Desse documento destaca-se o objetivo que indica,

promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais.

Pode-se destacar também o desafio colocado para o gestor federal do SUS em "propor uma política transversal, integrada e intersetorial, que faça dialogar as diversas áreas do setor sanitário, os outros setores do Governo, os setores privados e não governamentais e a sociedade, compondo redes de compromisso e corresponsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes no cuidado com a saúde (BRASIL, 2006a).

Considerando que a proposta do estudo prevê a integração ensino e serviços em saúde no nível da Atenção Básica, outra política pública importante de ser citada é a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB. Essa política foi recentemente revisada e estabelece diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2017). Nesse documento em seu artigo 2º, lê-se que a

Atenção Básica é o 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 Atenção Básica (AB) considera a pessoa em sua singularidade e a inserção do sujeito em ambiente social e culturalmente estabelecido. A AB busca produzir a atenção integral, incorporar as ações de vigilância em saúde. Visa também ao planejamento e à implementação de ações públicas para a proteção e promoção da saúde, e a prevenção e o controle de riscos, agravos e doenças (BRASIL, 2017).

O Art. 4º da PNAB, indica a Saúde da Família como estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica. É uma estratégia que prevê a organização do trabalho em saúde fixada nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e está no primeiro nível de atenção no Sistema Único de Saúde (SUS). Essa estratégia tem por objetivo a coordenação do cuidado, ampliando o acesso e resolutividade, além de prever que o trabalho em saúde seja realizado por uma equipe. Essa equipe deve ser composta por profissionais de diferentes profissões, os quais têm sob sua responsabilidade um número de pessoas que vivem no território que está vinculado à UBS na qual atuam (BRASIL, 2017).

São Diretrizes da Atenção Básica e que estão no documento (BRASIL, 2017):

- Regionalização e Hierarquização: Considera-se regiões de saúde como um recorte espacial estratégico para fins de planejamento, organização e gestão de redes de ações e serviços de saúde em determinada localidade, e a hierarquização como forma de organização de pontos de atenção das redes de atenção à saúde (RAS) entre si, com fluxos e referências estabelecidos.

- Territorialização e Adscrição: permite o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com foco em um território específico, com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das pessoas e coletividades que constituem aquele espaço e estão, portanto, adscritos a ele.

- População Adscrita: população que está presente no território da UBS, de forma a estimular o desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado e com o objetivo de ser referência para o seu cuidado.

- Cuidado Centrado na Pessoa: aponta para o desenvolvimento de ações de cuidado de forma singularizada, que auxilie as pessoas a desenvolverem os conhecimentos, aptidões, competências e a confiança necessários para gerir e tomar decisões embasadas sobre sua própria saúde e seu cuidado de saúde de forma mais efetiva. O cuidado é construído com as pessoas.

- Resolutividade: reforça a importância da Atenção Básica ser resolutiva, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínicas e sanitariamente efetivas, centrada na pessoa, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais.

- Longitudinalidade do cuidado: pressupõe a continuidade da relação de cuidado, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente e consistente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida das pessoas, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia (efeito negativo sobre o paciente) que são decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da falta de coordenação do cuidado.



- Coordenação do cuidado: envolve as ações de elaborar, acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS, atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção e responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários

- Ordenação das redes: compreende as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando-as em relação aos outros pontos de atenção à saúde e contribuindo para que o planejamento das ações, assim como, a programação dos serviços de saúde, tenham como ponto de partida as necessidades de saúde das pessoas

- Participação da comunidade: visa estimular a participação das pessoas, a orientação comunitária das ações de saúde na Atenção Básica e a competência cultural no cuidado, como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território (PNAB – BRASIL, 2017).

No capítulo três da PNAB, que trata da Infraestrutura, Ambiente e Funcionamento da Atenção Básica, está descrito no item 3.4 os tipos de Equipes que podem compor a Atenção Básica. Nesse item encontra-se que as equipes deverão ser compostas minimamente por médicos preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro preferencialmente especialista em saúde da família, auxiliares de enfermagem e ou técnicos de enfermagem. Poderão agregar à equipe outros profissionais como dentistas, auxiliares de saúde bucal e ou técnicos de saúde bucal, agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias (BRASIL, 2017).

Outro ponto a ser destacado são os Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). Esses núcleos se constituem em equipes multiprofissionais e interdisciplinares compostas por categorias de profissionais da saúde, complementar às equipes que atuam na Atenção Básica. São formados por diferentes ocupações (profissões e especialidades) da área da saúde, atuando de maneira integrada para dar suporte (clínico, sanitário e pedagógico) aos profissionais das equipes de Saúde da Família (ESF) e de Atenção Básica (AB) (BRASIL, 2010).

Ao ler os documentos internacionais e nacionais que orientam a atuação dos profissionais na Atenção Básica em Saúde, é fácil perceber a indicação de que o cuidado em saúde seja realizado por uma equipe. O termo 'trabalho em equipe' é conceituado

por Fortuna *et al.* (2005, p. 264) como “uma rede de relações entre pessoas, rede de relações de poderes, saberes, afetos, interesses e desejos, onde é possível identificar processos grupais”.

Macedo (2007) considera uma equipe de trabalho um organismo vivo e que mesmo funcionando dentro de parâmetros democráticos e com perfil participativo, sempre existirá algum nível de distribuição de poder entre os participantes, mecanismos autorreguladores, linhas hierárquicas bem definidas, disputa e conflitos de interesses e, portanto, níveis de tensão.

Os membros de um grupo constituído por profissionais de diferentes formações devem trabalhar de acordo com os limites e especificidades de sua formação, e uma vez respeitada esta especificidade, necessitam conhecer a ação individual de cada um dos outros membros. Além disso, cada local de trabalho deve adequar-se à sua realidade, considerando os aspectos culturais, sociais epidemiológicos e econômicos (MACEDO, 2007).

Segundo o Ministério da Saúde, a ESF é o componente estruturante do sistema de saúde brasileiro, previsto para substituir o modelo tradicional, levando assistência à saúde para mais perto das famílias, ou seja, possibilitando a articulação entre os sujeitos para melhorar a qualidade de vida da população (BRASIL, 2009).

Para atuar na área da saúde, em especial na AB, é importante incentivar a formação em equipe, que de acordo com Reeves (2016) é uma atividade que prevê a interatividade e que contribui para melhorar a colaboração entre os profissionais, que buscam melhores resultados na atenção à saúde.

### 3.8 A REORIENTAÇÃO DA FORMAÇÃO EM SAÚDE

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido o grande impulsionador e protagonista de novas demandas na formação dos profissionais de saúde. Essas mudanças tiveram início na educação médica e alguns marcos históricos e movimentos importantes são destacados a seguir em ordem cronológica.

1910 – Publicação do estudo *Medical Education in the United States and Canada – A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*, que ficou

conhecido como o Relatório Flexner (*Flexner Report*). Esse relatório é considerado o grande responsável pela mais importante reforma das escolas médicas de todos os tempos nos Estados Unidos da América (EUA), com profundas implicações para a formação médica e a medicina mundial (PAGLIOSA e DA ROS, 2008).

1968 - Reforma Universitária que provocou a reorientação e o desenvolvimento do ensino superior no Brasil, estabelecendo diretrizes de expansão (SOUZA, 2008). A partir da reforma universitária, o conteúdo curricular das escolas médicas ajustou-se ao modelo flexneriano, que tornou obrigatório o ensino centrado no hospital e oficializou a separação entre ciclo básico e profissional (PAGLIOSA e DA ROS, 2008).

1970 - Na segunda metade da década de 1970 surgia no Brasil o Movimento Sanitário, que se caracterizava por lutar contra a ditadura, a medicalização e a interferência do complexo médico-industrial na formação médica e a favor da necessidade de associar a saúde pública e a assistência médica em um só ministério. (PAGLIOSA e DA ROS, 2008).

1985 - Em paralelo à reformulação do modelo de atenção à saúde nasce no Brasil e em outros países da América Latina os projetos de integração docente-assistencial, conhecidos pela sigla IDA. Esses projetos são articulados com apoio da Fundação Kellogg. Ocorreu também nessa época, uma Nova Iniciativa na Formação dos Profissionais de Saúde: União com a Comunidade – também financiado pela Fundação Kellogg e contando com grande apoio da Organização Pan Americana da Saúde (OPAS). Esse projeto tinha por objetivos: “a) contribuir para a reorientação da formação profissional ao nível dos cursos de graduação; b) fortalecer a construção de sistemas locais de saúde; c) promover o desenvolvimento comunitário em matéria de saúde” (ALMEIDA, 1999).

1986 – A 8ª Conferência Nacional de Saúde desenhou o projeto de construção de um sistema público de saúde e pautou a concepção ampliada de saúde com o lema – “Saúde como direito de todos e dever do Estado” (Ministério da Saúde, 1986).

1988 – É aprovada a nova constituição brasileira (BRASIL, 1988), que deu amparo às políticas subsequentes que norteiam a formação e a atuação no SUS,

1990 - É promulgada a Lei Orgânica 8080/90, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos

serviços correspondentes e estabelece objetivos, atribuições, princípios e diretrizes ao Sistema Único de Saúde – SUS, e a Lei 8.142/90, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

1991 - A Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), o Conselho Federal de Medicina (CFM) e mais nove instituições relacionadas à profissão médica constituíram a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas (CINAEM) com a finalidade de avaliar a educação médica e fomentar o aperfeiçoamento do Sistema de Saúde (PAGLIOSA e DA ROS, 2008).

1996 – É promulgada a Lei de Diretrizes e Base da Educação Brasileira (LDB) – Lei 9394/96 (BRASIL, 1996) que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. O artigo primeiro indica que:

A educação abrange os processos formativos que se desenvolvem na vida familiar, na convivência humana, no trabalho, nas instituições de ensino e pesquisa, nos movimentos sociais e organizações da sociedade civil e nas manifestações culturais”. (BRASIL, 1996)

O artigo 21 da LDB (BRASIL, 1996) estabelece que a educação escolar se compõe de Educação Básica, formada pela educação infantil, ensino fundamental e ensino médio, e Educação Superior.

No artigo 43 da mesma lei, encontra-se as finalidades da Educação Superior e estão expressas em oito incisos:

I - estimular a criação cultural e o desenvolvimento do **espírito científico** e do **pensamento reflexivo**;

II - **formar** diplomados nas **diferentes áreas de conhecimento**, aptos para a inserção em setores profissionais e para a **participação no desenvolvimento da sociedade brasileira**, e colaborar na sua **formação contínua**;

III - **incentivar o trabalho de pesquisa e investigação científica**, visando o desenvolvimento da ciência e da tecnologia e da criação e difusão da cultura, e, desse modo, desenvolver o entendimento do homem e do meio em que vive;

IV - **promover a divulgação de conhecimentos** culturais, **científicos e técnicos** que constituem patrimônio da humanidade e **comunicar o saber** através do ensino, de publicações ou de outras formas de comunicação;

V - **suscitar o desejo permanente de aperfeiçoamento** cultural e **profissional** e possibilitar a correspondente concretização, integrando os conhecimentos que vão sendo adquiridos numa estrutura intelectual sistematizadora do conhecimento de cada geração;

VI - **estimular o conhecimento dos problemas do mundo presente**, em particular os nacionais e regionais, prestar serviços especializados à comunidade e estabelecer com esta uma relação de reciprocidade;

VII - **promover a extensão, aberta à participação da população**, visando à difusão das conquistas e benefícios resultantes da criação cultural e da pesquisa científica e tecnológica geradas na instituição.

VIII - **atuar em favor da universalização e do aprimoramento da educação básica**, mediante a formação e a capacitação de profissionais, a realização de pesquisas pedagógicas e o desenvolvimento de atividades de extensão que aproximem os dois níveis escolares (item Incluído pela Lei nº 13.174, de 2015) (LDB, 1996).

1998 - A terceira fase do projeto Cinaem, chamada “Transformação do Ensino Médico no Brasil”, contou com adesão significativa das escolas médicas para um movimento de mudanças cujo objetivo maior seria o real atendimento das necessidades de saúde da população (PAGLIOSA e DA ROS, 2008).

2001 - Foram homologadas, pelo Conselho Nacional de Educação, as Diretrizes Curriculares do Ensino Médico (DCN Medicina 2001), tendo como eixo norteador o papel social do aparelho formador. As premissas enfatizadas nas novas diretrizes incluem: Mudanças na Educação Médica Brasileira, integração entre teoria e prática, pesquisa e ensino, e entre conteúdos biológicos, psicológicos, sociais e ambientais do processo saúde-doença, além da inserção precoce e responsável dos estudantes em atividades formativas nos serviços de saúde e o estímulo à participação ativa destes na construção do conhecimento.

Ainda em 2001, é lançado um programa de incentivo às mudanças nos cursos de Medicina – o Promed. Este programa visava oferecer apoio técnico e financeiro às

escolas médicas dispostas a desenvolver processos de mudança que levassem a uma articulação com os serviços de saúde, à adoção de metodologias ativas de ensino-aprendizagem e a uma formação crítica e humanista do profissional médico (PAGLIOSA e DA ROS, 2008).

Nogueira (2009) apresenta as questões definidoras de uma nova concepção para a política de formação de recursos humanos para o SUS:

a) o ensino centrado no processo de trabalho e no princípio da integralidade das ações em saúde;

b) a inserção do aluno na realidade social e sanitária da população para um acompanhamento do processo saúde-doença em suas mais variadas formas e manifestações;

c) a diversificação dos cenários de aprendizagem – comunidade, família, unidades básicas de saúde etc. e o deslocamento do hospital como único espaço de aprendizagem;

d) a perspectiva da formação em saúde inserida na transdisciplinaridade e na intersetorialidade;

e) a valorização das dimensões psicossocial e antropológica do adoecer, a incorporação das tecnologias leves, visando melhor atuação frente aos aspectos subjetivos e singulares do adoecimento humano, e a construção de uma clínica ampliada, capaz de lidar com a polaridade entre a ontologia das doenças e a singularidade dos sujeitos.

2017 – Foi publicada em 08 de dezembro de 2017 a Resolução Nº 569 e reafirmado o parecer técnico Nº 300/2017, em 19 de janeiro de 2018, apontando os princípios gerais para as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação da Área da Saúde, os quais incluem a perspectiva do controle/participação social em saúde. São eles:

I - Defesa da vida e defesa do SUS como preceitos orientadores do perfil dos egressos da área da saúde;

II - Atendimento às necessidades sociais em saúde;

III - Integração Ensino-Serviço-Gestão-Comunidade;

IV - Integralidade e as Redes de Atenção à Saúde (RAS);

- V - Trabalho interprofissional;
- VI - Projetos Pedagógicos de Cursos e Componentes Curriculares coerentes com as necessidades sociais em saúde;
- VII - Utilização de metodologias de ensino que promovam a aprendizagem colaborativa e significativa;
- VIII - Valorização da Docência na Graduação, do Profissional da Rede de Serviços e do Protagonismo Estudantil;
- IX - Educação e Comunicação em saúde;
- X - Avaliação com caráter processual e formativo;
- XI - Pesquisas e Tecnologias Diversificadas em Saúde;
- XII - Formação presencial e carga horária mínima para cursos de graduação da área da saúde.

Cabe destacar que essa resolução inclui essas diretrizes para todos os cursos da área da saúde e prevê que na integração ensino e serviço esteja presente a formação para atuação interprofissional, bem como aponta para atenção às necessidades de saúde da população, o que exige interação horizontalizada entre o ensino e os serviços em saúde (Conselho Nacional de Saúde, 2017).

### 3.9 DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS DOS CURSOS DA ÁREA DA SAÚDE

A formação inicial para atuação em equipes de saúde ocorre nos cursos de graduação, orientada pelas Diretrizes Curriculares Nacionais, as quais apontam para formação de acordo com as políticas públicas de saúde. Estas diretrizes pedem também metodologias de ensino em que o indivíduo em formação esteja ativo, comprometido com a sua aprendizagem e articulado com o ambiente de atuação profissional (NOGUEIRA, 2009).

Outro ponto a destacar em relação às Diretrizes Curriculares Nacionais, é a previsão dos resultados de aprendizagens na atenção à saúde para cada um dos cursos. Esses resultados precisam se expressar por meio de competências desenvolvidas ao longo da formação.

Como exemplo cita-se a DCN do curso de Medicina (Ministério da Educação, 2014), a qual explicita uma definição de competência na área da saúde:

capacidade de mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, com utilização dos recursos disponíveis, e exprimindo-se em iniciativas e ações que traduzem desempenhos capazes de solucionar, com pertinência, oportunidade e sucesso, os desafios que se apresentam à prática profissional, em diferentes contextos do trabalho em saúde, traduzindo a excelência da prática médica, prioritariamente nos cenários do Sistema Único de Saúde (SUS) (MEC, 2014)

O termo competência se origina do latim *competentia*, “proporção”, “justa relação”, significa aptidão, idoneidade, capacidade que a pessoa tem para resolver algo (DIAS, 2010). Ter competência significa saber, ter conhecimento; significa saber fazer ou aplicar o que se sabe e significa também querer fazer, ou seja, ter atitude positiva diante de uma situação problema, querer resolver.

A competência integra e coordena a percepção, o pensamento, a avaliação e a ação que sustentam as tomadas de decisão. Esse conceito faz parte do processo educacional formal, e as competências mencionadas são consideradas imprescindíveis para o desenvolvimento da autonomia do sujeito (DIAS, 2010).

As diretrizes Curriculares Nacionais orientam ainda, a construção do projeto pedagógico, documento no qual são apresentados os objetivos, finalidades, matriz curricular, metodologias de cada um dos cursos, sempre ancorados no projeto institucional. Cada projeto pedagógico de curso (PPC), deve ser construído coletivamente entre gestores e professores, para que todos possam se apropriar do que está estabelecido, de maneira que faça sentido e tenha significado para os estudantes (NOGUEIRA, 2009).

### 3.10 ARTICULAÇÃO DA FORMAÇÃO COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE: POLÍTICAS INDUTORAS

No ano de 2003 o Ministério da Saúde criou uma secretaria denominada Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde - SGTES com o objetivo de implementar uma política de formação e regulação do trabalho em saúde (Portal do Ministério da Saúde).



Esta Secretaria é responsável por propor, incentivar, acompanhar e elaborar políticas de gestão, planejamento e regulação do trabalho em saúde, em todo o território nacional. Cabe a essa secretaria promover a integração dos setores de saúde e educação no sentido de fortalecer as instituições formadoras, bem como integrar e aperfeiçoar a relação entre as gestões federal, estaduais e municipais do SUS, no que se refere aos planos de formação, qualificação e distribuição das ofertas de educação e trabalho na área da saúde (SGTES, 2003).

Por meio de suas ações nas diferentes regiões do Brasil, a SGTES reforça o compromisso do governo federal com a população brasileira na medida em que contribui para qualificar a atuação dos profissionais de saúde e, conseqüentemente, do atendimento no SUS (Ministério da Saúde, 2018-1, web).

Suas propostas e ações estratégicas contribuem para transformar a organização dos serviços, os processos formativos, as práticas de saúde e as práticas pedagógicas. O trabalho implica a articulação entre o sistema de saúde e as instituições formadoras, evidenciando a formação e o desenvolvimento para o SUS como construção da educação em serviço/educação permanente em saúde. Dessa forma a implementação das diretrizes constitucionais do SUS passam a ser o objetivo principal e a educação em serviço ganha estatuto de política pública governamental (SGTES, 2003).

Cabe destacar que há na SGTES um departamento responsável pela proposição e elaboração das políticas relativas à formação, ao desenvolvimento profissional e à educação permanente, à capacitação da população em geral no que se refere à saúde e ao favorecimento, articulação e incentivo à participação e ao controle social. Esse departamento é denominado Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) (BRASIL, 2004).

O DEGES é responsável pela cooperação técnica, financeira e operacional com os estados e municípios, instituições formadoras, organizações de educação popular em saúde dos movimentos sociais e outras entidades de formação, desenvolvimento profissional, educação permanente e educação popular em saúde (BRASIL, 2004).

Esse departamento propõe a adoção da educação permanente como a estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor da saúde (BRASIL, 2004).

A Educação Permanente em Saúde apresenta-se como uma proposta de ação estratégica capaz de contribuir para a transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e de saúde e para a organização dos serviços, empreendendo um trabalho articulado entre o sistema de saúde, em suas várias esferas de gestão, e as instituições formadoras (BRASIL, 2004).

A educação permanente “é a realização do encontro entre o mundo de formação e o mundo do trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho” (BRASIL, 2004).

Foi dessa secretaria, em conjunto com o Ministério da Educação por meio da Secretaria de Educação Superior (SESu), e com o Instituto Nacional de Estudos Anísio Teixeira (INEP), a iniciativa e responsabilidade de apresentar o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. Este programa visa à aproximação das instituições formadoras no país com a atenção básica, que no Brasil tem como modelo a Estratégia de Saúde da Família.

O primeiro programa se denominou Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares das Escolas Médicas – Promed e foi criado por determinação dos Ministérios da Saúde e Educação, em 2001, como uma política indutora visando à reorientação da formação do médico com ênfase nas mudanças ocorridas no modelo de atenção à saúde (BRASIL, 2001).

O Promed incentivou a adequação dos cursos às Diretrizes Curriculares Nacionais e a indicação de quais mudanças precisariam ser realizadas, e que ações seriam empreendidas. Além disso o objetivo também era a promoção da integração ensino-serviço-comunidade com foco no desenvolvimento do SUS (DOU, 2015).

Outra iniciativa de aproximar a formação da assistência em saúde, em nível superior, foi a publicação da cartilha intitulada “Aprender SUS: O SUS e os cursos de graduação da área da saúde”, publicada em 2004. Essa cartilha teve como objetivo orientar a formação dos profissionais de saúde em nível de graduação para a integralidade do cuidado, ou seja, para a formação do profissional capaz de ampliar a qualidade da atenção à saúde para população brasileira. Esta foi mais uma iniciativa para a construção de relações de cooperação entre o sistema de saúde e as instituições de educação superior. Este documento foi elaborado para orientar a formação do

profissional de saúde, capaz de entender e atender os usuários do SUS, no processo de saúde e doença, como algo além da sua própria especificidade e considerando o conceito ampliado de saúde (APRENDER SUS, 2004).

Com o objetivo de aprimorar o programa de reorientação da formação em saúde e ampliar a cobertura para outras profissões, incluindo além dos cursos de Medicina, também, Enfermagem e Odontologia, foi lançado em 2005, o Programa Nacional de Reorientação da Formação de Profissionais em Saúde – Pró-Saúde (Brasil, 2005). Esse programa foi lançado por meio da Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.101, de 03 de novembro de 2005, contemplando, inicialmente, os cursos de graduação das profissões que integravam o Programa Saúde da Família.

Outra iniciativa coordenada pela SGTES e pela Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, em articulação com outros ministérios, universidades públicas e entidades das áreas de Saúde e Educação é o Programa Nacional de Telessaúde. Este programa foi instituído no âmbito do Ministério da Saúde pela portaria nº 35, de 04 de janeiro de 2007 (BRASIL, 2007), com o objetivo ampliar a resolutividade da Atenção Básica e promover sua integração com o conjunto da Rede de Atenção à Saúde (SGTES, 2007).

Os núcleos do Telessaúde podem ter abrangência municipal, intermunicipal ou estadual e devem estar estruturados na forma de uma rede de serviços, articulando a atuação de Secretarias Estaduais de Saúde, instituições de ensino e serviços de saúde na qualificação das equipes. É um programa de apoio à atenção à saúde e de educação permanente para as equipes de Atenção Básica (BRASIL, 2017).

Ainda no mesmo ano, por meio da Portaria Interministerial Nº 3019, de 26 de novembro de 2007, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) foi lançado para os quatorze (14) cursos da área da saúde, com a exigência de que o proponente fosse a instituição e não o curso isoladamente. Este edital visava aproximar os cursos da saúde, com a perspectiva de elaboração de projetos de pesquisa compartilhados e que pudessem fomentar a formação e aperfeiçoamento em serviço, dos profissionais e acadêmicos da área da saúde.

Além do edital citado acima, outros três que foram publicados em 2009, 2012 e 2015, com destaque para o último, de 28 de setembro de 2015 para seleção de Programa

de Educação pelo Trabalho para SAÚDE (PET-SAÚDE/GRADUASUS), que vigorou de 2016 a 2017. Este edital teve uma nova configuração em relação aos anteriores, pois não seriam mais uma proposição das instituições de ensino superior e sim das Secretarias Municipais de Saúde, prevendo que os projetos deveriam ser elaborados e apresentados conjuntamente pela(s) Secretaria(s) Municipal(is) e/ou Estadual de Saúde e pela(s) IES mediante um Termo de Compromisso assinado por seus dirigentes máximos. Além disso, os projetos deveriam propor ações de integração entre os grupos envolvidos e privilegiar a formação interprofissional.

Além destas iniciativas oriundas do Ministério da Saúde para induzir a reorientação da formação profissional, no ano de 2008, o então Ministro da Saúde, José Gomes Temporão, anunciou no dia 18 de junho, a criação da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA- SUS). Trata-se de um programa para criar condições para o funcionamento de uma rede colaborativa de instituições acadêmicas, serviços de saúde e gestão do SUS, destinada a atender as necessidades de formação e educação permanente do SUS. Essa rede funciona por meio do intercâmbio de experiências, compartilhamento de material instrucional, cooperação para desenvolvimento e implementação de novas tecnologias educacionais em saúde, rede compartilhada de apoio presencial ao processo de aprendizagem em serviço e intercâmbio de informações acadêmicas dos alunos para certificação educacional compartilhada. A primeira ação da UNA-SUS foi a oferta de curso de especialização em Saúde da Família para os médicos, dentistas e enfermeiros do Programa Saúde da Família (PSF) (PORTAL UNA-SUS, acesso em 2018)

A UNA-SUS tem os seguintes objetivos específicos: 1. Criar um acervo público e colaborativo de materiais educacionais para área da saúde; 2. Promover a incorporação de novas tecnologias de informação e comunicação aos processos de educação em saúde; 3. Oferecer apoio presencial aos processos de aprendizagem em saúde, e 4. Disponibilizar aos trabalhadores da saúde a oferta de cursos adequados à realidade local, utilizando-se de interações presenciais e à distância, com vistas à capacitação em áreas estratégicas para o SUS (UFSC, 2018-2, web).

Outra iniciativa que deve ser citada é o projeto VER-SUS/Brasil, que tem como objetivo estimular a formação de trabalhadores para o SUS, comprometidos eticamente

com os princípios e diretrizes do sistema e que se entendam como atores sociais, agentes políticos, capazes de promover transformações. O VER-SUS é um programa que teve na sua origem a extensão universitária, com a proposta de vivência e imersão teórica, prática dentro do sistema de saúde dos territórios de abrangência. A imersão é uma metodologia onde o participante fica 24h por dia, durante todo o período da vivência, disponível para atividades do projeto (VER- SUS BRASIL, 2013).

O VER-SUS/BRASIL tem como proposta inserir o estudante, durante um período de quinze (15) dias, em uma vivência multiprofissional (estudantes de diferentes cursos) em um sistema de saúde municipal ou estadual. É uma oportunidade de interação dos estudantes entre si, com gestores, trabalhadores da saúde, usuários e instituições de Ensino Superior. Essa interação visa estimular o debate e o conhecimento sobre aspectos de gestão do sistema, as estratégias de atenção, o exercício do controle social e os processos de educação na saúde (WEB, 2018).

Por último, menciona-se o investimento do DEGES na EIP por meio de oficinas de alinhamento conceitual bem como o investimento no plano nacional de EIP com estratégias pactuadas com a Rede Regional de Educação Interprofissional das Américas – REIP. Estas estratégias encontram-se em andamento e incluem a divulgação do material construído para as oficinas de alinhamento conceitual por meio de e-book (COSTA, FREIRE FILHO, SILVA, 2018).

### 3.11 EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL EM SAÚDE E COMPETÊNCIAS COLABORATIVAS

A Educação interprofissional (EIP) é reconhecida mundialmente há mais de trinta anos. Sua origem é marcada pela necessidade de encontrar soluções para que os profissionais de saúde consigam atuar juntos, reconhecendo suas similaridades e seus pontos de vista divergentes, pois os modelos de formação profissional tradicionais em saúde não incluem ou não incentivam o trabalho em equipe (PALAGANAS, 2014).

De acordo com a OMS (2010) os governos, em todo o mundo, estão buscando soluções inovadoras e transformadoras para o sistema de saúde, que assegurem uma

maior disponibilidade e variedade de profissionais, bem como a distribuição adequada da força de trabalho em saúde.

Vários estudos (FIGUEREDO *et al.*, 2012; WILSON *et al.*, 2016; VRIES-ERICH *et al.*, 2017) apontam para a necessidade de integração dos profissionais de saúde, numa perspectiva de novas interações e cooperação para melhorar os resultados na atenção à saúde, seja na formação de profissionais que saibam atuar em equipes interprofissionais, de forma colaborativa, no serviço e na interação ensino serviço, o que sugere mudanças na formação profissional.

A aposta para alcançar os resultados desejados na atenção à saúde é a Educação Interprofissional (EIP) e a Prática Colaborativa. Reeves *et al.* (2016) indica a necessidade de planejamento e implementação de políticas institucionais direcionadas para a prática interprofissional, visto que, embora cruciais, apenas propostas ou currículos inovadores podem não suprir todas as demandas do processo na formação do estudante da área da saúde.

No Brasil, a prática da EIP começou a ganhar notoriedade entre os anos de 2003 e 2005, quando da criação da Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES). Essa secretaria criou a Política Nacional de Educação Permanente, que tem por objetivo proporcionar transformações na formação dos profissionais e estudantes, com base nas necessidades de saúde, no trabalho em equipe e sobretudo obedecendo aos princípios do SUS (MICCAS e BATISTA, 2014).

A EIP pode ser considerada como essencialmente capaz de diminuir a fragmentação do setor saúde e influenciar na prática colaborativa entre os profissionais (CAIPE, 2013).

Hugh Barr, um dos membros do CAIPE, foi o precursor da EIP. Sua proposta inicial consistia na mudança da lógica da formação em saúde e caracterizou-se por uma proposta de aprendizagem profissional conjunta, sobre o trabalho em saúde e sobre as especificidades da profissão. Incluiu discussões e aprendizagem sobre o trabalho em equipe, o papel dos profissionais, o compromisso na solução de problemas e a negociação na tomada de decisão (BARR, 1998).

Desde então o tema ganhou força e passou a ser estudado e discutido nos espaços de formação e assistência em saúde. Em 2010 a OMS lança uma publicação

na qual conceitua a EIP como o aprendizado entre duas ou mais profissões com a finalidade de promover e alcançar resultados promissores na atenção à saúde. A OMS aponta também que a prática colaborativa é a aplicação desse aprendizado nas mais diversas ações em benefício dos pacientes e suas famílias (OMS, 2010).

Para Aguilár da Silva *et al.* (2011) a Educação Interprofissional é uma proposta que compreende duas ou mais profissões aprendendo juntas sobre o trabalho conjunto e sobre as especificidades de cada uma, na melhoria da qualidade no cuidado ao paciente.

Segundo Reeves (2016) “a Educação Interprofissional (EIP) é uma atividade que envolve dois ou mais profissionais que aprendem juntos de modo interativo para melhorar a colaboração e qualidade da atenção à saúde”.

Para Peduzzi (2017), o aprender sobre e com as outras profissões, demanda o aprender sobre a própria identidade e especificidade profissional.

D'Amour e Oandasan (2005) apresentam uma estrutura conceitual para descrever os vários fatores determinantes e elementos subjacentes que influenciam a EIP e reforçam a ideia de que as ações devem ser centradas no paciente. Os autores usam os níveis conceituais micro, meso e macro como as estruturas principais e que influenciam o processo. Para os autores, fatores do sistema, como sistema educacional em nível nacional ou internacional e o sistema de saúde, incluindo os profissionais, são considerados os macrodeterminantes. Fatores institucionais, referentes ao ambiente de formação e fatores organizacionais, referentes ao sistema de saúde, são considerados os mesodeterminantes. D'Amour e Oandasan (2005) apontam também os fatores e estratégias de ensino e fatores de interação com os profissionais de saúde e pacientes como os microdeterminantes.

Traduzindo essas estruturas principais para o Brasil, em nível macro, os determinantes se referem a políticas públicas que incentivam a formação articulada ao serviço e vice-versa (AGRELI; SILVA E PEDUZZI 2018). Essas políticas estão amparadas na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica 8080/1990, que indicam a “saúde como direito de todos e dever do estado”, implantam e ordenam a criação do Sistema Único de Saúde, tanto quanto apontam para a ordenação da formação pelos princípios e diretrizes do SUS. Neste contexto as Diretrizes Curriculares Nacionais, a

Política Nacional de Promoção da Saúde, os Programas de Reorientação da Formação - Pró Saúde e Pet Saúde, podem ser citados como exemplos.

A organização institucional e o financiamento são considerados mesodeterminantes para viabilização de iniciativas de EIP. Neste contexto cita-se aspectos físicos, humanos e delineamento pedagógico dos cursos, e da organização do serviço público de saúde local, a exemplo das Secretarias Municipais de Saúde. Esses aspectos costumam ser garantidos por meio de recursos financeiros, e pela formação de lideranças facilitadoras por meio de programas de educação permanente e desenvolvimento docente (AGRELI; SILVA E PEDUZZI,2018).

Em nível micro, os determinantes que viabilizam a EIP e práticas colaborativas, preveem interações sociais e estão relacionados à operacionalização dos projetos pedagógicos de cursos, em integração com os cenários de práticas no SUS (AGRELI; SILVA E PEDUZZI, 2018).

Os protagonistas da EIP são os docentes, profissionais de saúde e estudantes. A atuação desses sujeitos depende de modelos claros, estruturados e procedimentos de gestão operacionais compartilhados (OMS, 2010). É necessário ainda, que eles saibam que têm apoio para o trabalho em equipe e compartilhamento de responsabilidades, além de tempo e espaço adequados para a colaboração interprofissional e a prestação assistencial (AGRELI; SILVA E PEDUZZI,2018).

Silva et al. (2015) realizou um estudo que buscou compreender as possibilidades para o avanço da EIP no cenário brasileiro. Este estudo foi realizado com professores, profissionais de saúde e estudantes por meio de entrevistas ou grupos focais. Os participantes apontaram que a EIP desloca a ênfase da formação e das práticas para a integralidade do cuidado, contribui para reconfiguração das práticas profissionais colaborativas, bem como indicaram a preservação da especificidade profissional, das competências complementares, e reconheceram as competências comuns e a construção das competências colaborativas. Para o avanço no Brasil o estudo aponta para a importância do apoio institucional nas universidades e da articulação entre as universidades e os serviços de saúde, e ainda para a revisão das matrizes curriculares, pois muitas são incompatíveis para integração entre cursos. O estudo indica ainda que



o funcionamento fragmentado das universidades públicas brasileiras é uma barreira para implementação de EIP.

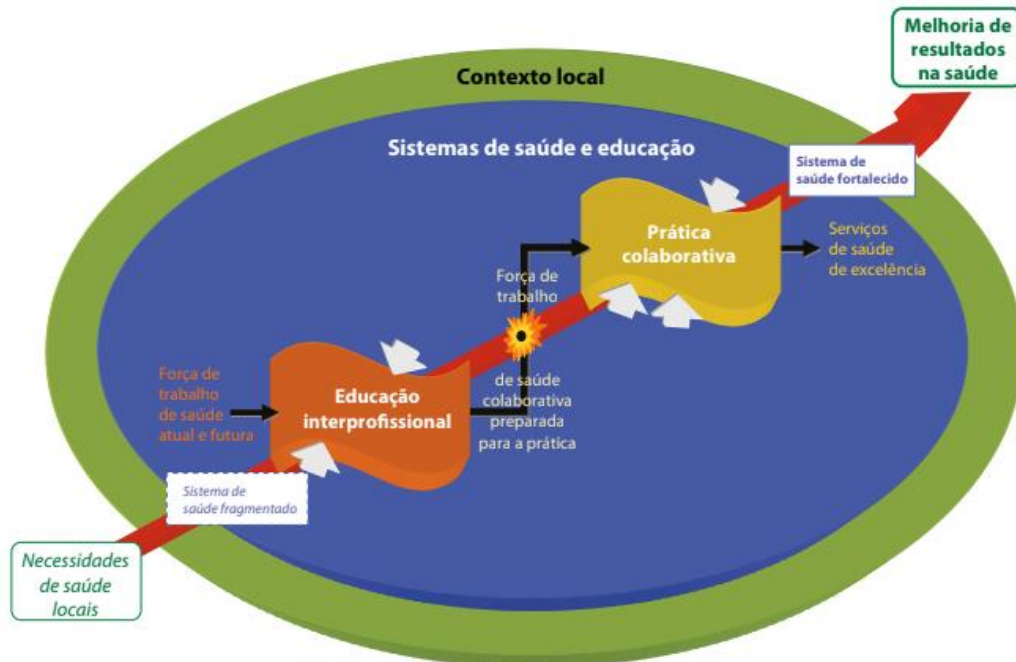
A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera e recomenda a colaboração interprofissional em educação e prática na saúde como uma estratégia inovadora capaz de desempenhar um papel importante na atenção às necessidades de saúde das populações. Colaboração interprofissional, segundo a OMS é aquela realizada em equipe e que otimiza e valoriza as habilidades de seus membros, que compartilha e gerencia os casos em conjunto, prestando serviços de saúde de melhor qualidade a pacientes e à comunidade (OMS,2010).

A colaboração interprofissional pode ser bastante significativa no contexto geral dos processos e organizações de trabalho. Ela pode apresentar-se como uma construção complexa, que é atual e pode ser emergente, podendo dar respostas às necessidades que as equipes de trabalho enfrentam (ARAÚJO; GALIMBERTTI, 2012).

O marco para ação de Educação Interprofissional e Prática Colaborativa da (OMS 2010) sugere a EIP como um passo fundamental na transição de sistemas de saúde fragmentados, para uma posição mais fortalecida, integrada.

A proposta do documento da OMS (2010) é apresentar aos formuladores de políticas, ideias sobre como potencializar o sistema de saúde existente, comprometendo-se a implementar os princípios da EIP, e promover os benefícios da colaboração interprofissional com seus parceiros regionais, educadores e profissionais de saúde. Nesse mesmo documento, é possível identificar como os sistemas de saúde e educação articulados, podem resultar na formação de profissionais para o trabalho em equipe, colaborativo e bem-sucedido. Sua representação pode ser visualizada na figura 8 e pode servir de referencial para os formuladores de políticas aplicarem em seu sistema de saúde local.

Figura 10. Modelo de Educação Interprofissional e prática colaborativa.



Fonte: Organização Mundial da Saúde, 2010

Conforme pode ser visualizado na figura 10, as ações se iniciam pela identificação das necessidades de saúde locais. Essa proposta procura superar as práticas de um sistema de saúde fragmentado, por meio da EIP, e inclui a força de trabalho atual e futura, ou seja, os profissionais e estudantes. Propõe ainda, integrar o sistema de saúde e de educação, com vistas a formar uma força de trabalho de saúde colaborativa e preparada para a prática. O resultado de todo o processo consiste em um sistema de saúde fortalecido, que realiza serviços de saúde de excelência e alcança melhores resultados em saúde (OMS, 2010).

Outro ponto destacado no documento se refere aos mecanismos que delineiam a EIP no nível prático. Esses mecanismos se referem aos educadores, ao currículo, ao apoio institucional, à cultura do trabalho e ao ambiente. Cada um desses mecanismos é composto por elementos que influenciam direta ou indiretamente a possibilidade de implantação, operacionalização e melhores resultados na atenção à saúde, na formação dos sujeitos, para o trabalho colaborativo em equipes de saúde (OMS, 2010).

Para que a EIP se materialize é necessário observar algumas premissas básicas. Essas premissas se referem à necessidade de atendimento à comunidade por uma equipe de profissionais, composta por membros de mais de uma profissão, que tenham como princípio de atuação a saúde no seu conceito ampliado, ou seja, o conceito que envolve condicionantes e determinantes do processo saúde/doenças e que inclui elementos da qualidade de vida, como alimentação, moradia, saneamento básico e acesso à serviços de saúde por exemplo (VIANNA, 2011).

Portanto, uma das condições do processo educacional que precisa ser revisado é aquele que incentiva o desenvolvimento de competências colaborativas. De acordo com Peduzzi (2017) a existência de relação recíproca em um trabalho de equipe pressupõe um profundo imbricamento entre a formação dos profissionais de saúde e as práticas de atenção à saúde. Essa concepção é reconhecida por detrás da ideia da EIP, cuja construção e consolidação ocorrem ancoradas na premissa das relações dialéticas entre práticas de atenção à saúde, de gestão em saúde, de participação social e de formação profissional e educação permanente.

A mesma autora lembra que outros dois elementos são chaves na construção do trabalho e práticas colaborativas. Esses elementos são a atenção centrada no usuário e a definição de objetivos comuns compartilhados e centrados nos usuários, famílias e comunidade.

Para tanto se faz necessário incluir no processo educacional o desenvolvimento de competências colaborativas. De acordo com a *Canadian Interprofessional Health Collaborative* (CIHC) as competências colaborativas podem ser reunidas em seis domínios: comunicação interprofissional, atenção centrada no paciente, família ou comunidade; clareza de papéis; funcionamento da equipe; liderança colaborativa, e resolução de conflitos. Além disso são apontados os elementos da colaboração como respeito, confiança, tomadas de decisão compartilhadas e parcerias (CIHC, 2010).

Com base nas competências elencadas pelo CIHC e outras publicações sobre o tema, o grupo norte americano *Interprofessional Education Collaborative Expert Panel - IPEC* (IPEC, 2011) aponta como competências colaborativas a comunicação interprofissional e atenção centrada no paciente, além de valores éticos para prática interprofissional, clarificação de papéis e responsabilidades, e trabalho em equipe.

Outro destaque apontado pelo IPEC, se refere às tecnologias disponíveis para o trabalho em equipe que podem comunicar, gerenciar o conhecimento, mitigar erros e apoiar decisões definidas pela equipe, empregar práticas baseadas em evidências e que podem contribuir para a melhoria contínua dos trabalhos em equipe, resultando em melhores atendimentos e resultados em saúde (IPEC, 2011).

De acordo com Merhy e Franco (2003) o uso de tecnologia em saúde não se resume a recursos vinculados às tecnologias mais estruturadas, ou seja, aos computadores ou similares. Se refere também a outros tipos de tecnologia, como o das relações interpessoais e do conhecimento técnico.

As relações implicam na forma de agir entre sujeitos, trabalhadores e usuários, individuais e coletivos, na produção do cuidado. Esta tecnologia, Merhy e Franco (2003) classificam como tecnologias leves. Quanto ao conhecimento técnico, os mesmos autores classificam como tecnologias leveduras, pois identificam uma parte dura, estruturada e outra leve, que diz respeito ao modo singular como cada profissional aplica seu conhecimento para produzir o cuidado. Quanto às tecnologias inscritas como instrumentos de trabalho, eles classificam como tecnologias duras, porque já estão estruturadas para elaborar certos produtos da saúde.

### 3.12 OS ESTUDOS DE EIP

Durante a construção do referencial teórico deste estudo, buscou-se artigos de revisão sistemática para identificar os resultados de EIP apontados por diferentes autores.

Os achados da revisão sistemática e meta-análise de Guraya e Barr (2017) indicam que a EIP está sendo considerada um fator gerador para que os cuidados em saúde sejam responsivos, de alta qualidade e centrados no paciente. Os resultados do estudo apontam para melhorias significativas nos escores pré e pós-status após a incorporação do módulo EIP em vários campos médicos, em especial pela aquisição aprimorada de conhecimentos, habilidades e atitudes dos alunos.

A revisão sistemática de Lapkin, Levett-Jones e Gilligan (2011) não encontrou resultados unânimes, porém apresentou evidências positivas em relação à EIP em três

categorias: alterações atitudinais; resultados de aprendizagem; abordagens interprofissionais.

No estudo de Kent e Keating (2015), as autoras apontam que a detecção de lacunas na atenção à saúde e identificação ou administração de serviços apropriados exige que os alunos olhem para além de sua própria disciplina, facilitando uma melhor consciência do papel e serviços que outras disciplinas oferecem. Alunos voluntários que participam de programas primários interprofissionais e fazem relatório de clínicas de cuidados, ganham habilidades de trabalho em equipe e um maior conhecimento dos papéis de outras disciplinas.

Sunguya *et al.* (2014) realizaram um estudo de revisão sistemática que teve por objetivo examinar os desafios durante o planejamento, o início e a implementação da EIP, para sugerir possíveis caminhos de superação para os países que estão em fase de desenvolvimento. A seleção dos estudos incluía participação de estudantes, funcionários e professores de escolas médicas, biomédicas e de enfermagem, e líderes de instituições ou gerentes. Foram examinados os desafios ou barreiras encontradas durante a implementação e possíveis estratégias usadas para superar esses desafios. As principais barreiras/desafios encontradas foram: currículo; lideranças; recursos; estereótipos e atitudes; variedade de estudantes, ou seja perfis diferentes dependendo da área de formação escolhida; conceito e metodologia nos programas de EIP diferentes, como por exemplo aqueles que são planejados e implementados pelos administradores como centro das práticas de EIP, e aqueles que têm os estudantes como centro e eles planejam seu próprio programa; o ensino, quando as classes são muito numerosas, em especial se comparadas às classes regulares, o que exigiu definir novas metodologias de ensino; falta de entusiasmo pela EIP que pode ocorrer em razão do não envolvimento no desenvolvimento do currículo e planejamento do cronograma; termos profissionais específicos e com pouca compreensão para os demais, o que às vezes gera dificuldades de entendimento para estudantes e profissionais de outras áreas; falta de credenciamento, ou seja, identificação específica para os cursos que têm em seu currículo a EIP, o que pode contribuir para estruturar o programa de forma padronizada. Os autores consideram que estando conscientes desses desafios e barreiras com antecedência, aqueles que procuram planejar e implementar programas de EIP estarão

muito mais preparados e menos resistentes, e com mais facilidade encontrarão o sucesso.

### 3.13 SÍNTESE E PRINCÍPIOS REFERENCIAIS ADOTADOS PARA A CONSTRUÇÃO DO MODELO DE GC FUNDAMENTADO EM EIP

Atualmente vivemos na chamada era da ~~informação~~ ou do conhecimento, em que as informações estão disponíveis em muitos lugares e de todas as formas. No entanto o acesso à informação não é garantia de conhecimento. Trata-se de um cenário rico, porém muitas vezes solitário. Por isso, para que haja a integração entre instituições, pessoas e tarefas, são necessárias a sistematização e a definição de processos. Estes devem ter como princípios norteadores a comunicação e o conhecimento, para que as pessoas realizem suas ações com base em informações claras e transparentes. Nessa perspectiva, a GC pode contribuir para a integração entre ensino e serviço em saúde, tanto quanto potencializar a EIP. Para tanto, as pessoas precisam estar organizadamente articuladas, de maneira que o conhecimento e a comunicação permeiem as relações, para que a integração entre ensino e serviço possa garantir efetivamente a formação de profissionais que saibam atuar em equipes interprofissionais, de forma colaborativa, e para que melhores resultados na atenção à saúde sejam, por conseguinte, atingidos.

A partir da revisão de literatura foram estudados os conceitos de GC de diferentes autores e identificados os termos considerados chave, para construção do conceito de GC adotado neste estudo. De Wiig (1993) destaca-se “agir de forma inteligente”; de Davenport e Prusak (1998), “coleção de processos”. Choo (1996) indica três processos fundamentais: “criação de conhecimento”, “criação de significados” e “tomada de decisão”. Firestone e McElroy (2004) incluem em seu conceito que a GC trata de “mudança de padrões atuais”; Stefano *et al.* (2014) destacam “produção e difusão do conhecimento” e Dalkir (2005) apresenta os termos “coordenação intencional...”.

Diante dos conceitos estudados e dos termos supramencionados, o conceito de GC aplicado à interação ensino-serviço em saúde adotado neste estudo compreende: agir de forma intencional e inteligente, por meio de processos de criação, organização,

registros e disseminação do conhecimento, para tomadas de decisões compartilhadas que contribuirão para mudanças de padrões atuais de atuação, garantindo formação de profissionais que saibam atuar em equipes interprofissionais, de forma colaborativa, e para que melhores resultados na atenção à saúde sejam, conseqüentemente, obtidos.

Para tanto, fazem-se imprescindíveis estruturas organizacionais, pessoas e tecnologias que agreguem valor por meio da reutilização do conhecimento, das boas práticas e das inovações (DALKIR, 2005), tanto quanto necessita-se de vários ciclos de *feedback* que dependem dos processos de gestão (RUSU, 2006), sejam nas instituições de ensino ou no serviço público de saúde.

Para a elaboração do modelo de GC, adotaram-se os pressupostos teóricos da EIP e das práticas colaborativas para apoiar a integração entre o ensino e o serviço. A EIP tem como premissa que as informações que norteiam os processos educacionais objetivam a aprendizagem com os outros, sobre os outros e sobre si, de maneira colaborativa (OMS, 2010), interativa e com propósitos claros (REEVES *et al.*, 2016). Esses propósitos estão associados à formação (inicial ou educação permanente) de profissionais de saúde capazes de atuar em equipe de maneira colaborativa na promoção, prevenção e recuperação da saúde de um sujeito, de uma família e/ou de uma comunidade.

Trata-se de um processo cujos resultados na atenção à saúde dizem respeito à saúde das pessoas, influenciada pelos modos de viver e pelos determinantes sociais, tanto quanto representam um impacto no conhecimento, nas habilidades e atitudes das pessoas em formação e no trabalho colaborativo em equipes de saúde (GURAYA; BARR, 2017).

A proposição do modelo de GC nesta pesquisa adotou como referência o estudo de Batista (2012), considerando que o autor descreve orientações sobre como implementar a GC na administração pública, cuja atividade fim são os serviços, sem ter a lucratividade econômica como objetivo final, corroborando com a ideia deste estudo que não prevê benefícios econômicos, e sim formação de qualidade e atenção à saúde para população.

A escolha de tal referência está associada ao desafio de pensar um modelo de GC, fundamentado na EIP, que apoie a integração entre duas instituições – a IES e o

serviço público de saúde – que têm entre as suas finalidades melhorar os cuidados em saúde para o usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) e para a comunidade de uma forma geral (OMS, 2010).

Além do estudo de Batista (2012), os conceitos e os modos de conversão do conhecimento apresentados por Nonaka e Takeuchi (1997), no modelo SECI, também permeiam a proposta. Considera-se que as dimensões tácita, explícita e cultural do conhecimento (PROBST; RAUB; ROMHARDT, 2002) e as possibilidades de conversão do conhecimento por meio da socialização, exteriorização, combinação e internalização, previstas na espiral do conhecimento (NONAKA e TAKEUCHI, 1997), podem favorecer a criação, organização e utilização do conhecimento presente nos processos de EIP.

Os trabalhos de Rubenstein-Montano *et al.* (2001) constituem também referências base do presente estudo, uma vez que os autores classificam os modelos de GC como prescritivos, descritivos ou híbridos os quais corroboram com a ideia do modelo proposto neste estudo.

Para esses autores, ao estudar sobre a GC, é importante adotar um olhar abrangente, que pode ser traduzido pelo pensamento sistêmico, ou seja, reconhecer que o todo é muito mais do que a soma das partes. É considerar que as partes interagem entre si e que dessa interação depende o fluxo do conhecimento que poderá potencializar os processos de criação, organização e disseminação do conhecimento.

Quanto aos modelos descritivos, Rubenstein-Montano *et al.* (2001, p. 7) indicam que são aqueles que “caracterizam ou descrevem a gestão do conhecimento. Essas estruturas identificam importantes atributos que influenciam o sucesso ou o fracasso das iniciativas de gestão do conhecimento”.

Com base na proposta de Batista (2012), os aspectos descritivos estão apresentados com base nos Direcionadores Estratégicos de GC; Viabilizadores de EIP; Fatores Críticos de Sucesso; Processo Iterativo de GC ou simplesmente Processo de GC; Ciclo KDCA; e Resultados da GC. Quanto à proposição prescritiva, incluem-se a caracterização e a descrição dos passos e das fases que devem ser realizados para a implantação do modelo.

A análise de todo o referencial teórico relativo à GC levou à conclusão de que o modelo a ser desenvolvido neste trabalho deveria contemplar a descrição e a prescrição



dos processos e se caracterizar como híbrido. Assim, o modelo integraria a GC e a EIP e incluiria a disseminação de experiências e avanços nos processos de integração entre ensino e serviços de saúde.

Além disso, outro pressuposto teórico considerado importante na elaboração do modelo de GC é o termo “Ba”. Esse termo passou a ser incorporado na GC e envolve o espaço físico (uma sala de reuniões), o espaço virtual (*e-mail*) e/ou o espaço mental (ideias e modelos mentais compartilhados) a partir dos quais o conhecimento é criado, compartilhado e utilizado. O conceito unifica os espaços (físico, mental e virtual) e possibilita os relacionamentos sólidos e de colaboração eficaz, liberando conhecimento tácito no ambiente (TAKEUCHI; NONAKA, 2008).

No contexto da EIP, considerar o termo Ba torna-se fundamental. Quando os gestores, professores, estudantes, profissionais de saúde e comunidade estiverem interagindo e/ou definindo alguma ação, isso ocorrerá em um determinado ambiente. Nesse ambiente o conhecimento tácito tende a predominar, o que exige sintonia, clareza dos papéis, dos objetivos e das finalidades, para que haja a interação e apropriação dos conhecimentos de forma significativa.

Para finalizar, destaca-se que os resultados na atenção à saúde das propostas de EIP encontrados nos estudos de revisão sistemática, apresentados no quadro 3, preveem a formação de uma força de trabalho interativa e colaborativa para a prática de serviços de saúde de excelência. Para tanto, a força de trabalho atual (representada por profissionais de saúde) e a força de trabalho futura (representada por estudantes em formação) precisam estar expostas a cenários que estimulem a aprendizagem conjunta, interativa e com objetivos claros, o que reforça a importância da integração entre a formação e a assistência em saúde.

#### 4 CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE DE ESTUDO SELECIONADO PARA VERIFICAÇÃO DA ADEQUAÇÃO DO MODELO DE GC

A instituição formadora escolhida para a verificação da adequação do modelo foi a Universidade da Região de Joinville – Univille. Esta é uma universidade comunitária, com histórico de mais de cinquenta anos de ensino superior no município.

Sua história se inicia em 1965 com a implantação da Faculdade de Ciências Econômicas, que tinha como mantenedora a Comunidade Evangélica Luterana.

Em 1967, a Lei municipal n.º 871, de 17 de julho, criou a Fundação Joinvilense de Ensino (Fundaje), com o objetivo de criar e manter unidades de ensino superior. Outros marcos importantes na história dessa Instituição são a Lei n.º 1.174, de 22 de dezembro de 1971, que alterou o nome Fundaje para Fundação Universitária do Norte Catarinense (FUNC), e a Lei municipal nº 1.423, de 22 de dezembro de 1975, que alterou a sua estrutura organizacional, e sua denominação passou a ser Fundação Educacional da Região de Joinville – FURJ (PDI, 2017).

De acordo com o Estatuto da Instituição (UNIVILLE, 2016), no seu Art. 1º. encontra-se que “A Universidade da Região de Joinville – Univille – é uma instituição de Ensino, Pesquisa e Extensão, credenciada pelo Ministério da Educação em 14/08/1996, mantida pela Fundação Educacional da Região de Joinville”.

A Univille organiza sua atuação em *campi*, unidades e polos de apoio presencial para EaD, podendo criá-los e implantá-los segundo suas políticas e legislação vigente (UNIVILLE, 2016).

A Instituição oferece diferentes níveis de ensino, desde a Educação Básica, que contempla Educação Infantil, Ensino Fundamental e Ensino Médio; cursos de graduação, incluindo tecnólogos, licenciaturas e bacharelados, nos diferentes campos do conhecimento, até a pós graduação, em nível de especialização (*lato sensu*) e em nível de mestrado e doutorado (*stricto sensu*) (PDI, 2017).

Como universidade comunitária, e de acordo com o seu estatuto no “Art. 5.º, a Univille tem como finalidade promover e apoiar a educação e a produção da ciência por meio do ensino, da pesquisa e da extensão, contribuindo para a sólida formação humanística e profissional, objetivando a melhoria da qualidade de vida da sociedade.”

De acordo com o Parágrafo único deste artigo, “Entende-se por educação e produção da ciência atividades desenvolvidas na indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, que envolvem a arte, a cultura, o esporte, o meio ambiente, a saúde, a inovação, a internacionalização e o empreendedorismo, objetivando a melhoria da qualidade de vida da sociedade e da comunidade regional” (UNIVILLE, 2016).

Quanto à verificação da adequação do modelo na instância de assistência à saúde, optou-se pela Secretaria da Saúde – SES do município de Joinville, em especial no contexto da Atenção Básica, pois a Univille tem um histórico de convênio e parceria com este órgão público desde a implantação dos seus primeiros cursos da área da saúde, parceria esta que se fortaleceu a partir do Programa Pró-Saúde II (RELATÓRIO PRÓ SAÚDE II, 2017).

A Secretaria da Saúde – SES é um órgão da Administração Direta, cujas finalidades estão apresentadas na Lei Complementar nº 495/2018. São elas: “executar a política municipal de saúde; executar o Plano Municipal de Saúde, aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde; a gerência do Fundo Municipal de Saúde; a coordenação da administração direta e indireta, no tocante às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e dos procedimentos coletivos, ambulatoriais e hospitalares em nível municipal” (Lei Complementar nº 495/2018).

O Quadro 2 apresenta a missão, visão e valores das duas instituições participantes do processo de verificação da adequação do modelo de GC.

Quadro 2. Missão, Visão e Valores institucionais da Univille e da Secretaria de Saúde - SES de Joinville

	<b>Universidade - Univille</b>	<b>Secretaria Municipal de Saúde – SES de Joinville</b>
<b>MISSÃO</b>	Promover formação humanística, científica e profissional para a sociedade por meio do ensino, da pesquisa e da extensão, comprometida com a sustentabilidade socioambiental.	Promover saúde todos os dias com humanização e eficiência
<b>VISÃO</b>	Ser reconhecida nacionalmente como uma universidade comunitária,	Ser modelo de excelência de gestão em saúde

	sustentável, inovadora, internacionalizada e de referência em ensino, pesquisa e extensão.	
<b>VALORES</b>	Cidadania Ética Integração Inovação Responsabilidade Socioambiental	Ética Eficiência Comprometimento Humanização Inovação

Fonte: Primária (2019)

A missão, visão e valores institucionais são caracterizados como direcionadores estratégicos de uma instituição. É deste ponto que a organização traça as metas que pretende alcançar (BATISTA, 2012).

Cabe destacar que os direcionadores estratégicos de cada uma das instituições, apresentados no quadro 2, permitem inferir que este é um cenário adequado para verificação do modelo de GC aqui proposto, pois uma das instituições tem na sua missão a formação (ensino) e a outra a assistência em saúde (serviço), e a proposta deste estudo é apresentar um modelo de GC para apoiar a integração ensino e serviço em saúde. O que se faz imprescindível é alinhar as metas para formação e assistência, de maneira que o modelo de GC, fundamentado na EIP e práticas colaborativas em Saúde, possam assegurar também os resultados organizacionais esperados.

Se na Universidade a missão contempla a formação (ensino) e na SES a assistência (serviço), é nas políticas públicas que orientam a formação e o serviço que se pode encontrar subsídios para justificar um modelo que favoreça a EIP e práticas colaborativas em Saúde.

#### 4.1 OS CURSOS DE GRADUAÇÃO E PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* OFERTADOS PELA UNIVILLE NA ÁREA DA SAÚDE

Na área da saúde, a Univille oferece seis cursos de graduação – Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Medicina, Odontologia e Psicologia, e um programa de pós

graduação *stricto sensu* em Saúde e Meio Ambiente com cursos de mestrado e doutorado.

Todos os cursos de graduação têm seus registros de criação, autorização de funcionamento, reconhecimento e renovação de reconhecimento por meio de Resolução, homologada por órgão competente. Os ordenamentos legais, carga horária e missão de cada um dos cursos podem ser visualizados no apêndice E.

O Programa de pós-graduação *stricto sensu* em Saúde e Meio Ambiente, criado na Univille em 1999, é regido pelo Regimento Geral da Pós-Graduação *Stricto Sensu* e Regimento Interno do Programa, ambos aprovados pelo Conselho Universitário – CONSUN.

Este Programa tem por objetivo formar recursos humanos qualificados (em nível de Mestrado e Doutorado) na área de saúde e meio ambiente em uma perspectiva interdisciplinar, que possam contribuir com a formulação e a implementação de políticas públicas e privadas voltadas à gestão e conservação ambiental e ao desenvolvimento e promoção de ações para a melhoria da saúde e o desenvolvimento regional.

Na Universidade, a articulação entre o programa de pós-graduação em Saúde e Meio Ambiente e os cursos de formação ocorrem especialmente por meio dos projetos de pesquisa, nos quais há a inserção de estudantes de graduação no formato de iniciação científica.

Outras articulações ocorrem por meio de seus professores, os quais atuam nos dois níveis de ensino. Esta articulação permite a disseminação dos resultados de pesquisas realizadas no programa, sejam nas atividades de ensino ou nos eventos científicos e mostras acadêmicas, promovidos na Instituição, ou fora dela.

Como o objeto deste trabalho está diretamente relacionado à formação do profissional da saúde em nível de graduação, o funcionamento desses cursos e sua articulação com o Serviço Público de Saúde será apresentado a seguir, a fim de subsidiar a verificação da adequação do modelo.

## 4.2 FUNCIONAMENTO E ARTICULAÇÃO DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO DA UNIVILLE COM O SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE

No cenário que considera a Univille e a Secretaria de Saúde de Joinville (SES), o que determina a integração entre as duas instituições e, em especial, incentiva e fortalece a formação de novos profissionais da área da saúde, de acordo com os princípios e finalidades do SUS, são as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) e os Projetos Pedagógicos de Curso (PPCs). No que se refere à EIP, destaca-se a política de ordenamento de recursos humanos do SUS, concretizada por meio de diversas ações, entre as quais se podem mencionar as ações indutoras da mudança na formação dos profissionais, com os editais federais do Programa Nacional de Reorientação da Formação de Profissionais em Saúde (Pró-Saúde) e do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde).

Cada um dos determinantes citados pode ser definido como macro ou meso, e eles influenciam diretamente as ações de integração entre ensino e serviço em saúde (AGRELI; SILVA; PEDUZZI, 2018).

Assim, o primeiro exemplo dos macrodeterminantes que potencializam a integração entre as duas instituições são as DCNs, que orientam a construção dos projetos pedagógicos dos cursos de graduação em saúde. Outro exemplo é o Pró-Saúde e o PET-Saúde, que têm projetos em andamento na Univille desde 2008 e vêm incentivado e fortalecido a EIP nas instituições.

O Pró-Saúde, fruto de uma parceria entre o Ministério da Saúde, o Ministério da Educação e a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde, foi instituído com o objetivo de incentivar transformações no processo de formação, geração de conhecimentos e prestação de serviços à população, para abordagem integral do processo de saúde-doença (BRASIL, 2005).

A influência dos determinantes macro e meso nas propostas de EIP vivenciadas entre a Universidade e a SES pode ser evidenciada também pelas ações PET-Saúde, que é regulamentado pela Portaria Interministerial n.º 421, de 3 de março de 2010, inspirado no Programa de Educação Tutorial (PET) do Ministério da Educação.

O PET-Saúde tem por objetivo promover a integração ensino-serviço-comunidade e a educação pelo trabalho por intermédio da reorientação da formação profissional. O

foco são os estudantes, por meio da reorientação da formação, tendo como finalidade melhorar a qualidade e a resolutividade da atenção em saúde, cujos beneficiários são os usuários dos serviços, envolvendo mudanças nos processos de cuidado e de gestão dos profissionais de saúde.

O programa visa fortalecer a gestão do trabalho por intermédio da Educação Permanente em Saúde, com base na interação ensino-serviço-comunidade, com vistas à instituição de um processo de produção social da saúde em redes (MS, 2010).

Na Univille houve um primeiro projeto aprovado pelos Ministérios da Saúde e da Educação para ser desenvolvido no período entre 2008 e 2011, com a participação dos cursos de Farmácia e Odontologia.

No ano de 2009 foi aprovado pelos Ministérios da Saúde e da Educação, por meio do edital do PET-Saúde, um novo projeto com uma abordagem investigativa intitulado “Perfil dos idosos em áreas de abrangência do Programa Saúde da Família em Joinville, SC”. Foi um estudo transversal, tipo inquérito domiciliar, realizado com pessoas idosas, com 60 anos ou mais, residentes nas áreas de abrangência de quatro Unidades de Saúde da Família (USF) de Joinville (Jardim Paraíso I e II, Boehmerwaldt II, Itinga Continental e Anaburgo), com estudantes de graduação de Medicina e de Odontologia inseridos nas equipes de saúde.

Outro projeto PET-Saúde foi aprovado para ser desenvolvido pela Univille, em Joinville (SC), nos anos de 2010-2011. Participaram dessa edição os cursos de Medicina e Odontologia da Universidade. O projeto trabalhou com atividades educativas direcionadas a escolares. Abordaram-se os seguintes temas: violência, *bullying*, hábitos alimentares, atividades físicas, saúde bucal, sexualidade e drogas, entre outros. As ações de cunho informativo ocorreram por meio de palestras, rodas de dúvidas, varal de dúvidas, em que cada pergunta formulada foi respondida, gerando outras perguntas e debates. No ano de 2011, mais especificamente, o tema abordado foi “dengue” (MS, 2011).

Nos anos de 2012 a 2016 houve as ações do projeto Pró-Saúde II, as quais foram ampliadas para todos os cursos da área da saúde da Universidade (UNIVILLE, 2017a). Os principais objetivos do Projeto-Pró Saúde II foram: incorporar à de formação dos acadêmicos uma abordagem integral do processo saúde-doença e da promoção de

saúde; proporcionar à sociedade profissionais habilitados para responder às necessidades da população brasileira e à operacionalização do SUS; viabilizar a formação de profissionais, na área da Odontologia e Farmácia, a desenvolver suas práticas voltadas para promoção e manutenção da saúde da população, constituindo-se em agentes de saúde devidamente habilitados à aplicação de medidas preventivas e curativas em nível individual e coletivo; enfatizar a educação em saúde, capacitando a equipe de profissionais de saúde bucal (agentes comunitários de saúde, auxiliares em saúde bucal, técnicos em saúde dental, cirurgiões-dentistas) e outros profissionais das unidades de saúde do Jardim Paraíso I e II, professores e alunos dos cursos de Odontologia e Farmácia, utilizando técnicas educacionais alternativas; elaborar modelo de prática farmacêutica no âmbito da atenção básica, visando à integralidade na atenção à saúde e ao desenvolvimento da assistência farmacêutica, considerando as peculiaridades regionais, articulando com as demais profissões de saúde e visando ao desenvolvimento do SUS; promover a articulação entre a atenção básica e a atenção secundária, relacionando o desenvolvimento da prática farmacêutica nas unidades de saúde com a Farmácia Escola/Univille/SUS/SES Joinville, onde já ocorrem atividades em parceria entre a Univille e a SES, com o intuito de fortalecer o SUS (UNIVILLE, 2017a).

No período de 2008 a 2011, desenvolveram-se as atividades do Pró-Saúde II no bairro Jardim Paraíso, com uma população de aproximadamente 18.000 pessoas. Nos anos de 2012 a 2016, as ações do projeto foram ampliadas para outros bairros do município de Joinville, como Morro do Meio, Willy Schosslund, Lagoinha, Dom Gregório e Santa Bárbara, nas respectivas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e escolas adstritas. Para o desenvolvimento do projeto, foi constituída e homologada a Comissão Gestora Local, que garantiu a participação de diferentes atores sociais, como profissionais participantes dos serviços de saúde, Univille, Conselho Municipal de Saúde, docentes e discentes. Seu funcionamento foi definido por um Regimento Interno, e todas as propostas e resultados na atenção à saúde do projeto foram apresentados e aprovados nas reuniões mensais do Conselho Municipal de Saúde e na Comissão Intergestora Regional (CIR). O orçamento aprovado para o Pró-Saúde II foi direcionado para a



compra de equipamentos e materiais de consumo para as UBS do Jardim Paraíso I, II, III, IV e V, como também para a reforma dessa Unidade de Saúde (UNIVILLE, 2017a).

Na Univille, o programa PET-Saúde/GraduaSUS 2016/2018 teve aprovado 50 bolsas para professores coordenadores e tutores, preceptores e estudantes bolsistas. O objetivo foi incorporar à formação dos alunos uma abordagem do processo saúde-doença contemplando determinantes sociais e perspectiva do cuidado integral à saúde de forma interprofissional, de modo a promover transformações nos processos de geração de conhecimentos (UNIVILLE, 2017b). Quanto aos mesodeterminantes que contribuem para apoiar a integração ensino e serviço entre a Univille e a SES, é importante destacar o convênio<sup>1</sup> estabelecido entre as partes, o qual tem sua última edição datada de 2014. No documento estão estabelecidas: as responsabilidades de cada uma das partes, a exemplo da quantificação das vagas e locais para estágio; carga horária a ser cumprida pelos estudantes e respectivos cursos; e obrigatoriedade do Termo de Compromisso de Estágio e do seguro de acidentes pessoais. Além disso, o convênio também estabelece que é necessário providenciar toda a documentação formal para realização do estágio, a exemplo de plano de atividades, cronograma, orientadores e supervisores e formulários de acompanhamento e avaliação. Todos esses itens estão pontuados no referido documento, porém entende-se que se trata de um primeiro passo, pois na sequência se faz necessário operacionalizar, por meio de processos, a formalização das ações para que estejam de acordo com a legislação.

Nesse contexto, em 2011 a SES instituiu a Comissão de Integração Ensino-Serviço. Tal comissão integra o setor denominado PROGESUS, e sua organização teve como propósito desenhar o cenário dos estágios na SES, identificar o número de estudantes na rede e locais de inserção, bem como possibilitar a definição de um fluxo operacional que facilitasse tanto a inserção dos estudantes nos campos de estágio quanto o reconhecimento dos números, locais e impacto causado nas atividades de assistência.

No que se refere aos microdeterminantes, estes podem ser evidenciados ou não de acordo com o que está proposto no Plano Municipal de Saúde (2018-2021) e vivenciados nos cenários de prática (assistência) e nos PPCs (formação).

---

<sup>1</sup> Convênio firmado entre a Univille e a SES, com data de 2014.

O Plano Municipal de Saúde (JOINVILLE, 2017), considerado um mesodeterminante, é o principal instrumento de gestão e define as intenções e os resultados na atenção à saúde que serão buscados para o período de quatro anos. É o documento que expressa os desejos dos profissionais de saúde, dos técnicos que atuam na gestão, dos gestores municipais e da sociedade civil organizada, representada pelo Conselho Municipal de Saúde. No plano que está em vigor, encontram-se cinco diretrizes, entre as quais se destaca a Diretriz 3, que prevê o aprimoramento da política de gestão de pessoas. Os objetivos da diretriz são: estruturar a política de gestão de pessoas atendendo às especificidades da saúde e aprimorar a política de educação permanente na saúde (JOINVILLE, 2017). Tal diretriz pode ser considerada um microdeterminante, pois sugere capacitação. Esta pode ser ofertada na integração entre ensino e serviço, incluir profissionais de mais de uma formação e ser potencializada pela EIP, uma vez que, quando pessoas de mais de uma profissão atuam em conjunto, aprendendo sobre si, com os outros e sobre os outros e de forma colaborativa (OMS, 2010), é possível afirmar que se viabiliza um cenário educacional, seja de formação ou educação permanente.

O mesmo documento cita os resultados esperados na atenção à saúde e destaca que, além da melhora de todos os indicadores de saúde, se espera alcançar: a satisfação do usuário; o aumento na eficiência dos serviços; a ampliação da cobertura e fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família (ESF); a ampliação da cobertura de saúde bucal; a melhoria na estrutura das unidades de saúde; o fortalecimento da rede de atenção à saúde; e servidores motivados e comprometidos (JOINVILLE, 2017).

Na instituição formadora, neste caso na Universidade, o Plano de Desenvolvimento Institucional (PDI) e o Projeto Pedagógico Institucional (PPI) são considerados mesodeterminantes. Esses documentos incluem as políticas de ensino, pesquisa e extensão, ordenamentos legais institucionais e orientações pedagógicas. Com base nesses documentos e nas DCNs de cada curso os PPCs são elaborados.

A estrutura padrão do PPC na Univille contempla o registro dos dados gerais da Instituição, a denominação do curso, a estrutura didático-pedagógica, o corpo docente, as instalações físicas e orientações quanto à gestão do curso, incluindo o órgão Colegiado, a coordenação e o Núcleo Docente Estruturante (NDE).

O Colegiado do curso, a instância deliberativa dos cursos de graduação, é composto por todo corpo docente responsável por algum componente curricular previsto na matriz e por representantes dos estudantes. A coordenação do curso é a instância executiva; o cargo é ocupado por um dos docentes do Colegiado eleito entre seus pares. Quanto ao NDE, é o órgão consultivo do curso, composto por professores do Colegiado e que apresentam relevante produção de conhecimento científico ou outras dimensões consideradas importantes para a Instituição. Essa estrutura administrativa segue os mesmos princípios da Universidade e atende à legislação nacional da educação superior. Sua estrutura demonstra coerência e sintonia com a estrutura da administração universitária.

Para melhor compreender a proposta de cada um dos cursos da área da saúde, está explicitado no apêndice F o objetivo e o perfil do egresso previstos no PPC de cada um dos cursos. De um modo geral, os objetivos dos cursos, o perfil dos egressos e as competências esperadas remetem a uma formação ética, com responsabilidade social, amparada no ensino, pesquisa e extensão tanto quanto no rigor científico.

A promoção da saúde, a prevenção de agravos e os cuidados curativos, no âmbito individual e coletivo, também estão citados em todos os PPCs, seja nos objetivos, no perfil do egresso ou nas competências esperadas, respeitando as especificidades de cada uma das profissões.

Os registros também apontam para que os egressos de cada uma das profissões saibam diagnosticar, planejar, educar, executar e controlar, considerando as peculiaridades da profissão, mas em especial observando as características individuais, socioculturais e étnicas do sujeito.

Destaca-se ainda que a produção do conhecimento e a necessidade de comunicação entre as pessoas fazem parte das competências a serem desenvolvidas e esperadas do futuro profissional formado na Univille. Sendo assim, um modelo de GC fundamentado na EIP e nas práticas colaborativas, que apoia a integração entre a formação e a assistência, deverá potencializar os processos de criação, organização e disseminação do conhecimento e educar para atuação em equipe e de forma colaborativa.

## 5 METODOLOGIA

A metodologia utilizada neste estudo tem suas raízes no método estruturalista. Tal método foi desenvolvido por Lévi-Strauss e

parte da investigação de um fenômeno concreto, eleva-se, a seguir, ao nível abstrato, por intermédio da constituição de um modelo que represente o objeto de estudo, retornando, por fim, ao concreto, dessa vez como uma realidade estruturada e relacionada com a experiência do sujeito social. Considera que uma linguagem abstrata deve ser indispensável para assegurar a possibilidade de comparar experiências, à primeira vista, irreduzíveis que, se assim permanecessem, nada poderiam ensinar; em outras palavras, não poderiam ser estudadas. Dessa forma, o método estruturalista caminha do concreto para o abstrato, e vice-versa, dispondo, na segunda etapa, de um modelo para analisar a realidade concreta dos diversos fenômenos (MARCONI; LAKATOS, 2007, p. 295).

### 5.1 ABORDAGEM DA PESQUISA

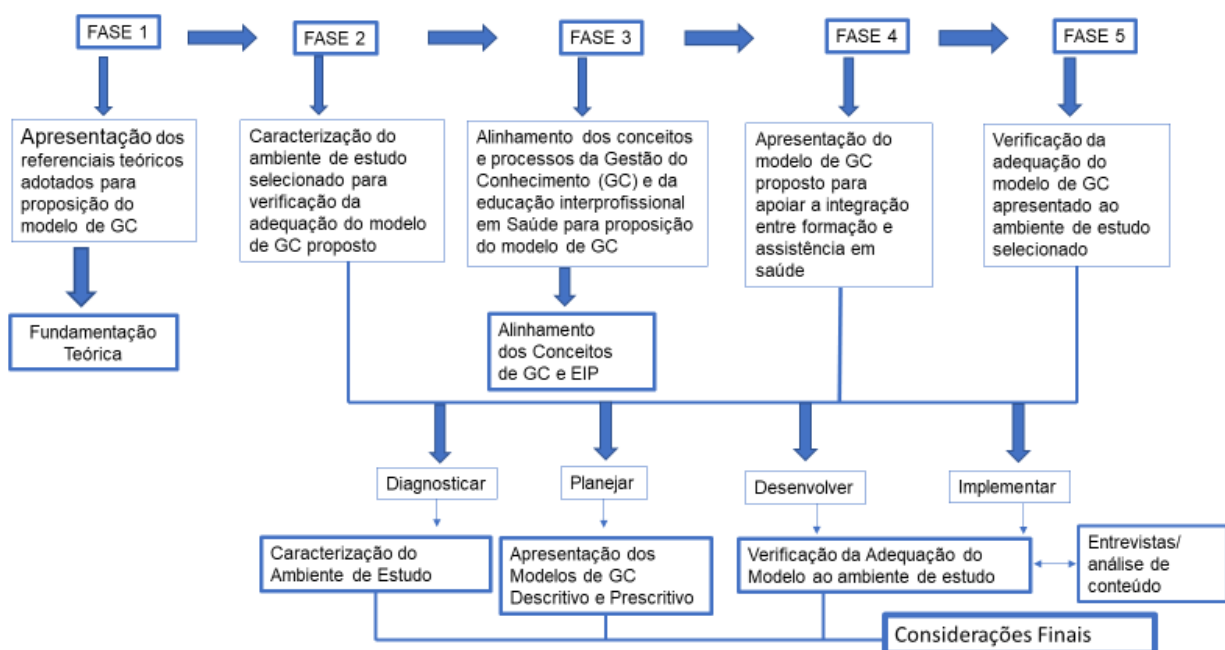
Este estudo é de abordagem qualitativa, ou seja, aquela em que “o investigador entra em contato direto e prolongado com o indivíduo, os grupos humanos, ambientes e a situação que está sendo investigada, permitindo um contato perto com os informantes” (MARCONI; LAKATOS, 2007, p. 272). Nos estudos qualitativos, “não há preocupação com a neutralidade científica; antes, o pesquisador entende que a compreensão dos fatos se dá com sua conduta participante” (MARCONI; LAKATOS, 2007, p. 295).

Este estudo é assim caracterizado porque, durante todo o período de investigação, a autora teve contato com o ambiente para o qual o modelo de gestão do conhecimento (GC) foi proposto.

### 5.2 FASES DA PESQUISA

Para facilitar a compreensão, a figura 11 apresenta as fases do estudo.

**Figura 11** – Representação esquemática das fases do estudo



Fonte: Primária (2019)

Ressalta-se que as fases 2, 4 e 5 relacionadas na figura 11, que se referem à caracterização do ambiente de estudo, à apresentação do modelo de GC e à verificação da adequação do modelo de GC, consideraram a metodologia proposta nos estudos de Batista (2012), exposta a seguir:

### **Etapa 1 – Diagnosticar**

1. Realizar a autoavaliação.
2. Elaborar o *business case* para justificar a importância da GC.

### **Etapa 2 – Planejar**

3. Definir a visão da GC.
4. Definir os objetivos da GC.
5. Definir as estratégias da GC.

6. Identificar e priorizar os projetos de GC a serem implementados (individual, em equipe, intraorganizacional e interorganizacional).
7. Definir a estrutura de governança de GC: comitê estratégico, unidade central e equipes de GC.
8. Definir as práticas de GC.
9. Sensibilizar as pessoas na organização.
10. Elaborar o Plano de Gestão do Conhecimento (PGC).

### **Etapa 3 – Desenvolver**

11. Escolher e implementar um projeto piloto.
12. Avaliar o resultado do projeto piloto.
13. Utilizar as lições aprendidas para implementar o projeto em toda a organização.

### **Etapa 4 – Implementar**

14. Discutir os fatores críticos de sucesso na implementação da GC.
15. Definir meios para manter os resultados a serem obtidos com a implementação da GC.
16. Definir maneiras de lidar com a resistência à implementação da GC.
17. Desenvolver o plano de comunicação do PGC.
18. Elaborar estratégia de avaliação contínua na implementação do PGC.

A etapa 1 proposta por Batista (2012) corresponde ao que neste estudo está denominado como caracterização do ambiente de estudo (fase 2). A etapa 2 diz respeito à proposição do modelo de GC (fase 4). E as etapas 3 e 4 referem-se ao processo de verificação da adequação do modelo de GC ao ambiente de estudo (fase 5).

A escolha por esta metodologia se refere à possibilidade de associar a etapa 1 com o diagnóstico do ambiente de estudo e a certificação de que o ambiente escolhido é propício para a elaboração do modelo. A etapa 2, que corresponde à elaboração do modelo compreende o planejamento e desenvolvimento do modelo e as etapas 3 e 4

corroboram com a ideia de desenvolvimento e implementação para verificação da adequação do modelo e sua aplicabilidade.

#### 5.2.1 Fase 1: Apresentação dos referenciais teóricos adotados para Proposição do Modelo de Gestão do Conhecimento

Esta etapa compreendeu os estudos referentes aos temas: gestão do conhecimento; ensino e serviço em saúde; e educação interprofissional (EIP).

O tema Gestão do Conhecimento incluiu pesquisas relativas aos conceitos, modelos e estudos que apresentaram propostas de interação entre a universidade e o ambiente externo, modelo específico para administração pública e gestão do conhecimento na área da saúde.

Sobre ensino e serviço em saúde, foram buscados os conceitos de saúde, os marcos legais que orientam a interação e/ou a articulação entre as instituições formadoras e o serviço público de saúde e as finalidades de cada uma das instituições.

Quanto à EIP, foram estudados os conceitos, as orientações para implementação da EIP, as aplicações, os determinantes que a influenciam, as barreiras e os resultados na atenção à saúde alcançados com experiências práticas.

Os estudos/artigos que deram suporte para a elaboração da seção de fundamentação teórica foram encontrados por meio do Portal de Periódicos Capes, com acesso às bases de dados EBSCO, Lilacs, Medline, Pubmed e Bireme. No apêndice C estão listados os critérios de busca e elegibilidade dos estudos.

#### 5.2.2 Fase 2: Caracterização do ambiente de estudo selecionado para verificação da adequação do modelo de GC

Conforme mencionado, as fases da pesquisa seguiram a metodologia proposta por Batista (2012) para construção de um modelo de GC para administração pública. De acordo com o autor, a primeira etapa refere-se ao diagnóstico e prevê a autoavaliação e elaboração de um *business case* para justificar a importância da GC.

Para a presente pesquisa, a etapa de diagnóstico contribuiu para a caracterização do ambiente de estudo e contemplou a verificação dos direcionadores estratégicos da instituição responsável pelo ensino e da instituição responsável pelos serviços em saúde. Esses direcionadores estratégicos, publicados em documentos como relatórios de gestão, estatutos e regimentos, estão disponibilizados em ambiente virtual. Tal verificação permitiu analisar se há congruência entre os direcionadores estratégicos que permitiria a integração entre ensino e serviço, na busca de melhores resultados na formação e na atenção à saúde. Além disso, foram analisados os documentos que orientam a atuação dos gestores e professores dos diferentes cursos da área da saúde e de gestores e profissionais de saúde, como o Estatuto, o Regimento, o Plano de Desenvolvimento Institucional (PDI – 2017 a 2021), os Projetos Pedagógicos de Curso (PPC) e o Plano Municipal de Saúde (2018-2021). Todos esses documentos estão disponíveis *online*, nos *sites* das instituições.

Nos relatórios de gestão, estatutos e regimentos, identificaram-se a missão, a visão e os valores institucionais, além das orientações concernentes à gestão e aos princípios de gestão da Universidade da Região de Joinville (Univille) e da Secretaria de Saúde de Joinville (SES).

No PDI e nos PPCs, averiguaram-se as perspectivas para cada um dos cursos no período de vigência dos documentos, sobretudo seus objetivos e perfil do egresso. Foi analisado também se é possível reconhecer a intenção de formar para atuar no Sistema Único de Saúde (SUS), tanto quanto se está previsto o trabalho em equipe que permita incentivar a EIP.

Quanto ao Plano Municipal de Saúde, foram examinados os indicadores de saúde, as necessidades de capacitação dos profissionais de saúde e a previsão de participação e envolvimento da comunidade.

As informações que permitiram caracterizar o ambiente de estudo estão descritas na seção 4.

### 5.2.3 Fase 3: Alinhamento dos conceitos e processos da Gestão do Conhecimento (GC) e da Educação Interprofissional em Saúde para proposição do modelo de GC



Esta fase partiu da fundamentação teórica, que apresentou os conceitos e processos presentes na GC e EIP em saúde e seguiu com as reflexões que permitiram alinhar as interações teóricas e as relações existentes entre a criação, sistematização e disseminação do conhecimento, nos ambientes de ensino e serviço em saúde, que pudessem evidenciar a EIP como articuladora dessa integração.

Inicialmente está representado, por meio de figuras, o fluxo do conhecimento presente nos determinantes macro, meso e micro que influenciam a EIP em saúde. As figuras buscam evidenciar a necessidade de articulação interna (entre os componentes) e externa (entre os determinantes), para que os processos de GC, que incluem a criação, sistematização e disseminação do conhecimento, possam ocorrer nos ambientes de formação e assistência e ser um elo de integração entre eles.

#### 5.2.4 Fase 4: Apresentação do modelo de GC proposto para apoiar a integração entre ensino e serviço em saúde

Partindo da caracterização do ambiente de estudo e do alinhamento dos conceitos e processos de GC e EIP, a fase 4 teve como meta construir um modelo híbrido de GC, sendo ele prescritivo e descritivo.

Esta fase teve como referência a etapa 2, prevista na metodologia de Batista (2012), a qual tem na sua essência o planejamento e prevê as definições de visão, objetivos, estratégias, projetos e estrutura de governança, práticas de sensibilização das pessoas e elaboração do plano de GC.

Sendo assim, a fase 4 do estudo apresenta o modelo de GC descritivo proposto para apoiar a integração entre ensino e serviço em saúde, o qual contempla: os direcionadores estratégicos (missão, visão, valores, estratégias, metas, dificuldades de conhecimento, objetivos futuros da GC, estratégias de GC); os viabilizadores de EIP; os fatores críticos de sucesso; tecnologia; processos, pessoas e aprendizagem; processo interativo de GC; ciclo KDCA; resultado de GC; e o papel da liderança.

Traz também o modelo prescritivo, que, de forma sintética, registra os elementos que devem ser observados para implementação da GC em espaços de integração entre a formação e a assistência.

Todo o modelo, seja na proposição descritiva ou prescritiva, teve como base as fases 1, 2 e 3 deste estudo, pois cada uma delas forneceu subsídios teóricos e conceituais, os quais sustentam a proposição do modelo híbrido de GC fundamentado na EIP.

#### 5.2.5 Fase 5: Verificação da adequação do modelo de GC apresentado ao ambiente de estudo selecionado.

A verificação da adequação do modelo de GC ao ambiente de estudo considerou as etapas 3 e 4 da metodologia proposta por Batista (2012), as quais preveem o desenvolvimento e a implementação do modelo de GC. Nessas etapas o autor aponta para a escolha e implementação de um projeto piloto para avaliação dos resultados do projeto, bem como a utilização das lições aprendidas para implementar o projeto em toda organização. Além disso, indica a necessidade de se discutir os fatores críticos de sucesso, os meios para manter os resultados na formação e na atenção à saúde obtidos com a implementação, as maneiras de lidar com as resistências à implementação, o plano de comunicação e a estratégia de avaliação contínua do projeto de GC.

Esta fase compreendeu entrevistas com os coordenadores e professores dos cursos da área da saúde da Univille e profissionais que atuam na SES, a fim de analisar se o modelo proposto estabelece uma relação de sentido e significado para o ambiente do estudo, ou seja, para a integração entre o ensino e o serviço de saúde, no âmbito da Univille e da SES.

### 5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram do estudo coordenadores e professores/as dos cursos da área da saúde da Univille e profissionais da SES.

A escolha dos profissionais a serem entrevistados seguiu os critérios: estar na coordenação da área da saúde; estar na coordenação de um dos cursos da área da saúde; ser professor de um dos cursos da área da saúde que tem em suas atribuições algum vínculo com estudantes que estivessem desenvolvendo práticas pedagógicas no âmbito do SUS, na Atenção Básica, municipal; ser profissional da saúde com atribuição

de coordenação no setor do PROGESUS na SES; e profissionais de saúde que atuem no SUS, Atenção Básica, onde havia a presença de estudantes dos cursos de graduação da área da saúde da Universidade no ano de 2017.

Os critérios para escolha dos entrevistados foram definidos considerando que a Atenção Básica é a porta de entrada para atendimento no SUS e que a EIP é muito importante nesse cenário, na perspectiva de atender os sujeitos, família ou comunidade na sua integralidade para prevenção de doenças, promoção ou recuperação da saúde.

Todas as pessoas que se enquadravam nos critérios estabelecidos foram convidadas a participar das entrevistas, porém nem todas aceitaram e tiveram disponibilidade de tempo, ou ainda havia conflito de interesses. Como exemplo cita-se a coordenadora do curso de Educação Física, que na ocasião era a própria pesquisadora e coorientadora do estudo.

No quadro 3 está apresentado o número de pessoas entrevistadas e função exercida em 2017 na Univille ou SES.

**Quadro 3** – Participantes da pesquisa entrevistados e respectivas instituições

Cargo – Função	Número total	Número de entrevistados	Instituição
Coordenador da Área da Saúde	1	1 (C1)	Univille
Coordenadores de um dos cursos da Área da Saúde	6	5 (CC1, CC2, CC3, CC4 e CC5)	Univille
Professores dos cursos da Área da Saúde que estivessem desenvolvendo práticas pedagógicas no âmbito do SUS, Atenção Básica	16	8 (P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8)	Univille
Profissional de Saúde – Coordenação do PROGESUS	4	2 (CS1, CS2)	SES
Profissionais de Saúde – UBSs	10	8 (PS1, PS2, PS3, PS4, PS5, PS6, PS7, PS8)	SES

Fonte: Primária (2019)

#### 5.4 INSTRUMENTO DE PESQUISA – ROTEIRO DE ENTREVISTA

As entrevistas seguiram um roteiro semiestruturado, elaborado com base nos conceitos de EIP, da proposição integração ensino e serviços em saúde e no instrumento proposto por Batista (2012), o qual tem por objetivo identificar o grau de maturidade em GC de uma organização, bem como distinguir os pontos fortes e oportunidades de melhorias para institucionalização da GC. O instrumento de Batista (2012) inclui aspectos como Viabilizadores da GC, Liderança, Pessoas, Processos de Conhecimento e Aprendizagem, Inovação, Tecnologia, e Resultados da Gestão do Conhecimento. Busca identificar a presença de cada um dos elementos ou suas lacunas, para que os processos de GC possam ser reconhecidos no cenário em que a GC será implementada.

O roteiro de entrevista incluiu 46 questões abertas para coordenadores e professores e 36 questões abertas para profissionais da SES, que buscaram reconhecer se as instituições reúnem as condições necessárias para implantar um modelo de GC, fundamentado na EIP, que apoie a integração entre ensino e serviço em saúde.

As questões que compunham o roteiro buscavam conhecer a opinião do entrevistado sobre:

- A importância do trabalho coletivo em saúde;
- O saber do outro, ou seja, se o ensino poderia contribuir com o serviço e vice-versa, em especial no que diz respeito à produção, disseminação e utilização do conhecimento;
- A inserção da tecnologia nos processos de trabalho;
- A preocupação em formar pessoas para trabalhar em equipes interprofissionais;
- O papel de líder no processo de promover a GC;
- A integração entre os atores no processo que pode desencadear a GC e a formação interprofissional em saúde.

As questões foram organizadas por temáticas, relacionadas aos componentes do modelo proposto por Batista (2012). O instrumento pode ser encontrado na íntegra nos apêndices G e H.

## 5.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS DA PESQUISA

A coleta de dados iniciou-se após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Univille, sob o parecer número 1.871.603, conforme anexo B.

A etapa que correspondeu à descrição do cenário dos cursos de graduação em saúde da Univille e à interação com os serviços de saúde foi considerada a fase dois da investigação e seguiu os procedimentos apontados no item 5.2.2.

Quanto às entrevistas, os critérios de inclusão e o número de participantes estão descritos no item 5.3. Os entrevistados foram esclarecidos quanto aos objetivos, à justificativa, à metodologia do estudo, incluindo os procedimentos de coleta de dados, aos riscos e aos resultados esperados na formação e na atenção à saúde relacionados à pesquisa. As entrevistas foram individuais e propiciaram a interação entre o pesquisador-entrevistador e os entrevistados no campo da pesquisa (GONÇALVES *et al.*, 2014).

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi apresentado, e todos que estavam dispostos e concordaram em participar da pesquisa assinaram o documento em duas vias; uma ficou com o participante e a outra com a pesquisadora.

As entrevistas com os coordenadores e professores dos cursos da área da saúde ocorreram na própria Universidade, em horário e local definidos pelos entrevistados. Os profissionais de saúde foram contactados após liberação por meio de parecer da SES (parecer apresentado ao Comitê de Ética), e o horário da entrevista também foi determinado pelos entrevistados. Os profissionais de saúde foram entrevistados na Unidade Básica em que atuam.

Gravaram-se as entrevistas (com autorização dos participantes da pesquisa), e os depoimentos foram transcritos na íntegra e, posteriormente, analisados pela pesquisadora como meio de verificação da adequação do modelo de GC proposto nesta pesquisa.

Todas as fases da pesquisa contemplaram coleta de dados de forma ativa, interativa e participativa entre pesquisadora e pesquisados. As fases visavam estabelecer, no decorrer do processo, uma compreensão mais clara sobre aspectos relevantes da temática da presente investigação e resposta ao principal objetivo.

## 5.6 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS DA PESQUISA

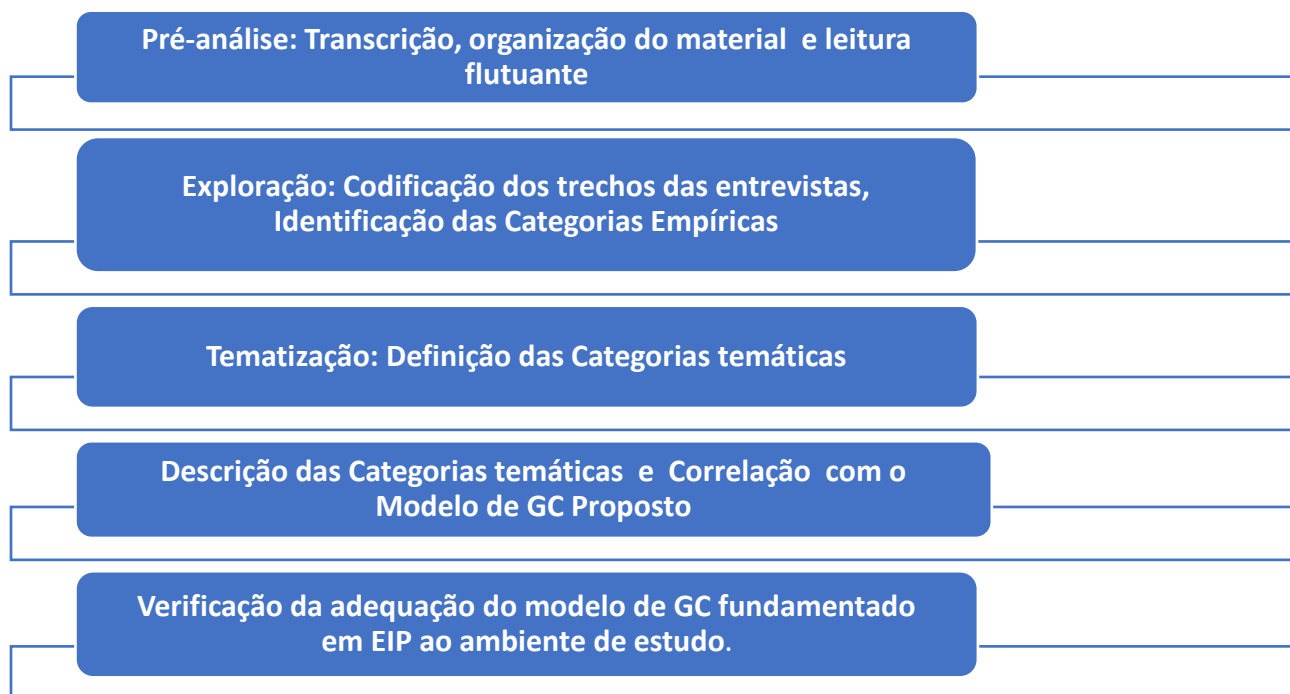
Os dados e as informações foram analisados e interpretados de acordo com os princípios conceituais do método qualitativo nas fases 2 (Caracterização do ambiente de estudo) e 5 (Verificação da adequação do modelo de GC).

Analisaram-se as falas de cada um dos entrevistados com base na técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2010). Na análise, a pesquisadora buscou compreender as características, as estruturas ou os modelos contidos nas respostas emitidas pelos sujeitos participantes do estudo a respeito dos temas aqui abordados, ou seja, o modelo de GC proposto, fundamentado na EIP, para apoiar a integração ensino e serviço.

A análise seguiu três etapas de acordo com a proposta de Bardin (2010): pré-análise, exploração do material e tematização. A pré-análise consistiu na organização do material e envolveu a leitura flutuante das falas buscando verificar se o material empírico atendeu às regras de exaustividade (esgotou a totalidade da comunicação, não omitindo nada), representatividade (a amostra representou o universo), homogeneidade (os dados referiram-se ao mesmo tema, foram obtidos por técnicas iguais e colhidos por indivíduos semelhantes), pertinência (o roteiro das entrevistas está de acordo com o conteúdo e objetivo da pesquisa) e exclusividade (um elemento não deve ser classificado em mais de uma categoria). Na segunda fase, a de exploração do material, realizou-se a codificação, ou seja, a identificação das unidades de registro, que foram classificadas segundo os sentidos das palavras, as características comuns e as perturbações da linguagem, sendo posteriormente agrupadas e categorizadas em categorias empíricas. A terceira fase, denominada tematização, agregou significados mais abrangentes e correlacionados aos elementos do modelo de GC proposto neste estudo.

Por fim, a análise das entrevistas contribuiu para verificar se o modelo aqui proposto está adequado para o ambiente escolhido. A sequência adotada para a análise de conteúdo das entrevistas pode ser visualizada na figura 12.

**Figura 12** – Etapas seguidas para a análise de conteúdo das entrevistas



Fonte: Primária (2019)

## 6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Nesta seção estão apresentados os resultados da pesquisa, que compreendem o alinhamento dos conceitos e processos da gestão do conhecimento (GC) e da educação interprofissional (EIP), o modelo híbrido (descritivo e prescritivo) de GC para apoiar a integração entre o ensino e o serviço em saúde, bem como a verificação da adequação do modelo ao ambiente selecionado para o estudo.

A seção inicia-se com o alinhamento dos conceitos e processos da GC e da EIP por meio de representações construídas para caracterizar o fluxo de conhecimento presente nos componentes que definem os determinantes macro, meso e micro que influenciam a EIP. Por meio de figuras, a intenção é evidenciar a articulação interna entre os componentes e externa entre os determinantes, para que os processos de GC, que incluem a criação, sistematização e disseminação do conhecimento, possam ocorrer nos ambientes de ensino e serviço em saúde e ser um elo de integração entre eles.

A construção do modelo híbrido de GC, fundamentado na EIP, para apoiar a integração entre ensino e serviço em saúde partiu da fundamentação teórica exposta na seção 3. Dos estudos encontrados e apresentados, definiu-se que, para a construção do modelo de GC, os estudos de Batista (2012) seriam a referência e que os demais iriam contribuir para a discussão dos resultados, especialmente no processo de verificação da adequação do modelo ao ambiente de estudo.

A partir de então, as reflexões e interações teóricas contemplaram a verificação da adequação do modelo ao ambiente escolhido para o estudo e as relações existentes entre a criação, sistematização e disseminação do conhecimento nos ambientes de ensino e serviços de saúde.

### 6.1 ALINHAMENTO DOS CONCEITOS E PROCESSOS DA GESTÃO DO CONHECIMENTO (GC) E DA EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL (EIP) EM SAÚDE PARA PROPOSIÇÃO DO MODELO DE GC

A proposição de um modelo de GC que apoie a integração entre o ensino e o serviço em saúde apresenta alguns desafios. O primeiro deles é compreender que tal



integração prevê a aproximação e a articulação entre duas instituições com finalidades diferentes, ou seja, a instituição formadora, que tem como principal finalidade formar novos profissionais para o atendimento à saúde, e o serviço público de saúde, cuja finalidade principal é a assistência à saúde para a população. O outro desafio corresponde a compreender os conceitos e processos da GC, que normalmente são adotados no contexto empresarial, e transpor para um cenário de integração entre as duas instituições, o que caracteriza um contexto inovador.

Sendo assim, faz-se necessário o alinhamento de conceitos para que essa proposição faça sentido, tenha significado e contribua para que a finalidade de cada uma das instituições seja contemplada.

Atualmente os profissionais da área da saúde precisam atender a população compreendendo que a saúde é a expressão de um processo social amplo e que inclui fatores e relações representados por determinantes em vários níveis de análise: família, domicílio, microárea, bairro, município, região, país, continente, entre outros (NARVAI; PEDRO, 2008). Esses determinantes se estendem para a compreensão de que os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais também têm influência na saúde da população (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Nesse contexto, e considerando a legislação e as políticas nacionais de saúde, torna-se imprescindível repensar o modelo de formação profissional e assistência à população, para que as pessoas possam ser atendidas na sua integralidade, e que os determinantes sociais sejam considerados no momento de se definir os cuidados em saúde. Para tanto, o atendimento não pode ser realizado por um único profissional, e sim por uma equipe, conforme indicam as diretrizes e os fundamentos da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2009).

Conforme já registrado na seção 2, vários estudos (VRIES-ERICH *et al.*, 2017; WILSON *et al.*, 2016; FIGUEREDO *et al.*, 2017) apontam para a necessidade de integração dos profissionais de saúde, seja na formação, no serviço e na integração ensino e serviço, o que sugere mudanças na formação profissional. É difícil exigir do profissional uma atuação em equipe, que considere os determinantes sociais que

influenciam as condições de saúde da população se, durante a formação, os estudos forem uniprofissionais e direcionados para a especificidade da sua atuação.

O cenário atual pede mudanças tanto na formação quanto no modo de prestar assistência em saúde para a população. E é essa a proposição da EIP, que além de orientar para um aprendizado em equipe, no qual haja interação entre pessoas de pelo menos duas profissões na área da saúde que possam aprender sobre si, com os outros e sobre os outros (OMS, 2010), também requer aprendizado contínuo, com estímulo desde a graduação e desenvolvido na formação profissional, por meio de vivências cotidianas nos locais de trabalho (BARROS; ELLERY, 2016).

Pensando nisso, e retomando o conceito de GC adotado neste estudo, que compreende “agir de forma intencional e inteligente, por meio de processos de criação, organização, registros e disseminação do conhecimento, para tomadas de decisões compartilhadas, que contribuirão para mudanças de padrões atuais de atuação, garantindo qualidade na formação e melhores resultados na atenção à saúde”, a opção foi fundamentar o modelo de GC na EIP e nas práticas colaborativas, para apoiar a integração entre o ensino e o serviço em saúde.

O pressuposto é de que a EIP potencialize o elo entre as instituições, e que o conhecimento que permeia essa integração (seja no contexto operacional [aquele que permite que os estudantes estejam nos cenários de prática de acordo com as regras e documentação exigida pelas duas instituições], seja no contexto do cenário de prática [que incluem os saberes acadêmicos, profissionais e da comunidade]) possa ser criado, compartilhado, armazenado, desenvolvido e utilizado com qualidade. Espera-se, assim, que se alcance a formação de profissionais que saibam atuar em equipes interprofissionais, de forma colaborativa, tanto quanto melhores resultados na atenção à saúde possam ser entregues à população.

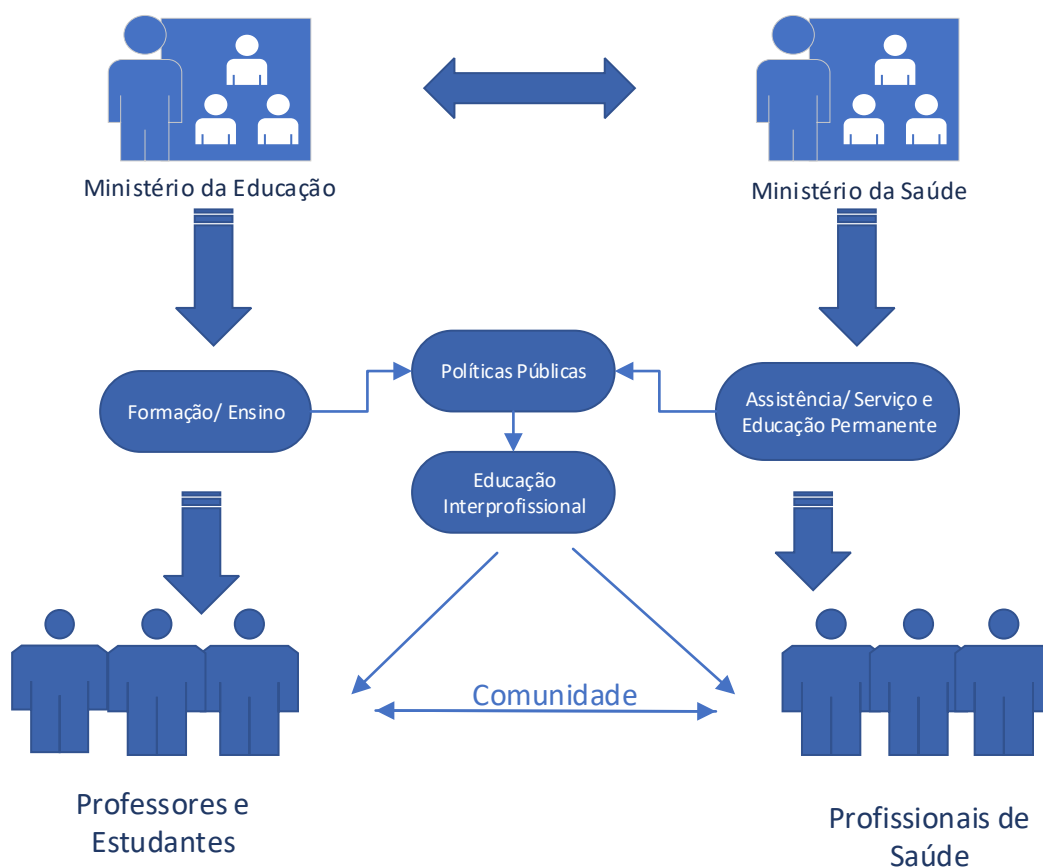
Sendo assim, ao propor o modelo de GC, fundamentado na EIP, que apoie a integração entre o ensino e o serviço é importante compreender como se dá o fluxo do conhecimento nas diferentes instâncias (legais, operacionais e dos saberes acadêmicos, profissionais e da comunidade), para implementação das ações nas duas instituições.

Essas instâncias se denominam macro, meso e microdeterminantes (D'AMOUR; OANDASAN; 2005), os quais requerem articulação interna e externa entre os componentes.

Agreli, Silva e Peduzzi (2018) afirmam que os macrodeterminantes que influenciam a EIP são as políticas públicas de saúde e educação. Sendo assim, o fluxo que orienta a interação entre as informações e o conhecimento necessário nessa instância, para que a integração entre o ensino e o serviço possa ocorrer, perpassa pelas políticas públicas e ações definidas pelos Ministérios da Educação e da Saúde.

A figura 13 representa a interação e o fluxo de conhecimento entre os macrodeterminantes de EIP, construídos teoricamente por Agreli, Silva e Peduzzi (2018), para que haja integração entre ensino e serviço em saúde.

**Figura 13** – Fluxo do conhecimento entre os macrodeterminantes para EIP



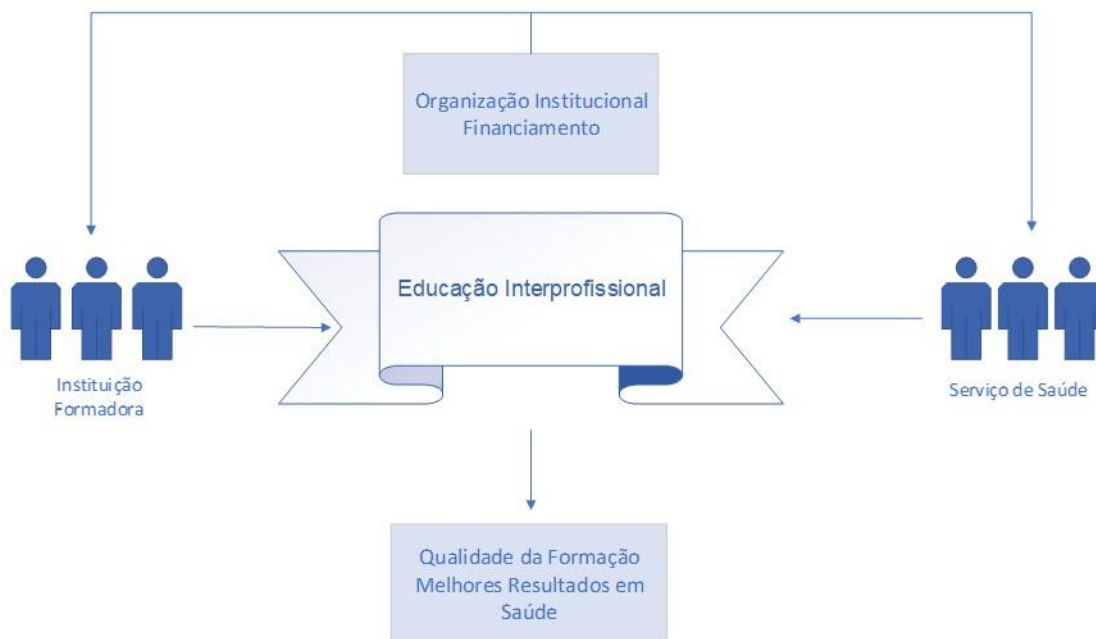
Fonte: Primária (2019)

A figura 13 representa as instâncias brasileiras em que são propostas, debatidas e aprovadas as políticas públicas de saúde e educação. Essas instâncias, neste caso o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, têm a responsabilidade de formular as diretrizes da formação e da assistência, considerando o programa de governo, alinhado a um conjunto de instrumentos de gestão elaborados com a participação da sociedade. Conforme preconiza o SUS, busca-se que as ações se articulem e contemplem as necessidades de saúde da população brasileira.

Como exemplo dessa articulação e da influência dos macrodeterminantes, podem-se citar as Conferências Nacionais de Saúde, de caráter deliberativo, as normativas legais e as políticas instituídas pelo SUS, bem como os mais recentes editais do Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), além das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) dos cursos de graduação em saúde. Todas essas iniciativas caracterizam o debate em torno do ensino e serviço e evidenciam o quanto é necessário que as políticas públicas estejam articuladas.

Definidas as políticas públicas de saúde e educação que orientam a implementação das ações nos processos de ensino e serviço, chega o momento de serem apresentadas as interações necessárias entre os mesodeterminantes (AGRELI; SILVA; PEDUZZI, 2018) que influenciam no processo de EIP. Esses determinantes representam as instâncias de descentralização previstas nas políticas nacionais, bem como apontam para a necessidade de financiamento, que permite operacionalizar as iniciativas de EIP.

**Figura 14** – Fluxo do conhecimento entre os mesodeterminantes para EIP



Fonte: Primária (2019)

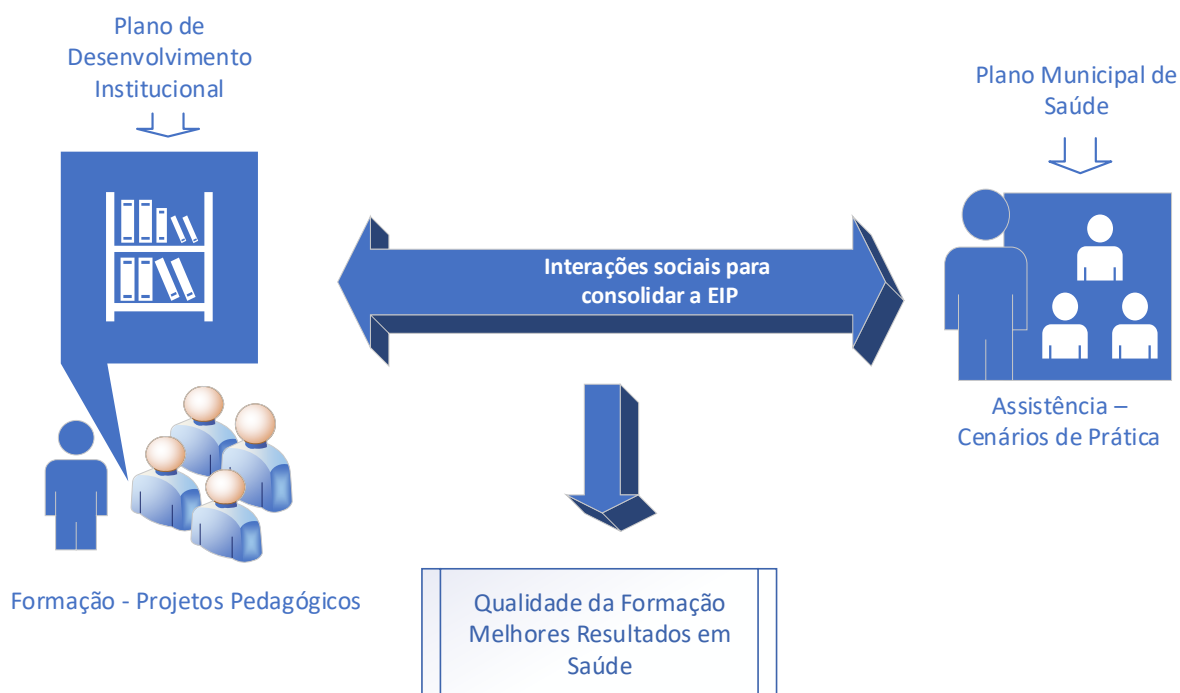
A figura 14 representa os mesodeterminantes e o fluxo de conhecimento necessário para que haja propostas de EIP. Também é uma representação baseada na construção teórica de Agreli, Silva e Peduzzi (2018). A organização institucional e o financiamento destinados para que sejam contempladas iniciativas que articulam a formação e a assistência constituem um dos pilares para que a EIP ocorra.

Partindo desse financiamento, espera-se que haja organização institucional, seja do órgão gestor da saúde pública ou da IES na qual a formação ocorre, de maneira que potencialize a EIP. O financiamento e a organização implicam disponibilizar infraestrutura, número de profissionais e professores contratados para atender a população e os estudantes, estrutura física e material para receber e integrar os participantes da proposta, bem como tempo e espaço reservados para estudos, planejamento e registros.

São essas interações, definições e disponibilidades que favorecem a EIP e as práticas colaborativas e promovem formação adequada para alcançar os melhores resultados na atenção à saúde para a população.

Já os microdeterminantes que influenciam a EIP e as práticas colaborativas (AGRELI; SILVA; PEDUZZI, 2018) podem ser visualizados na representação da figura 15.

**Figura 15** – Fluxo do conhecimento entre os microdeterminantes de EIP



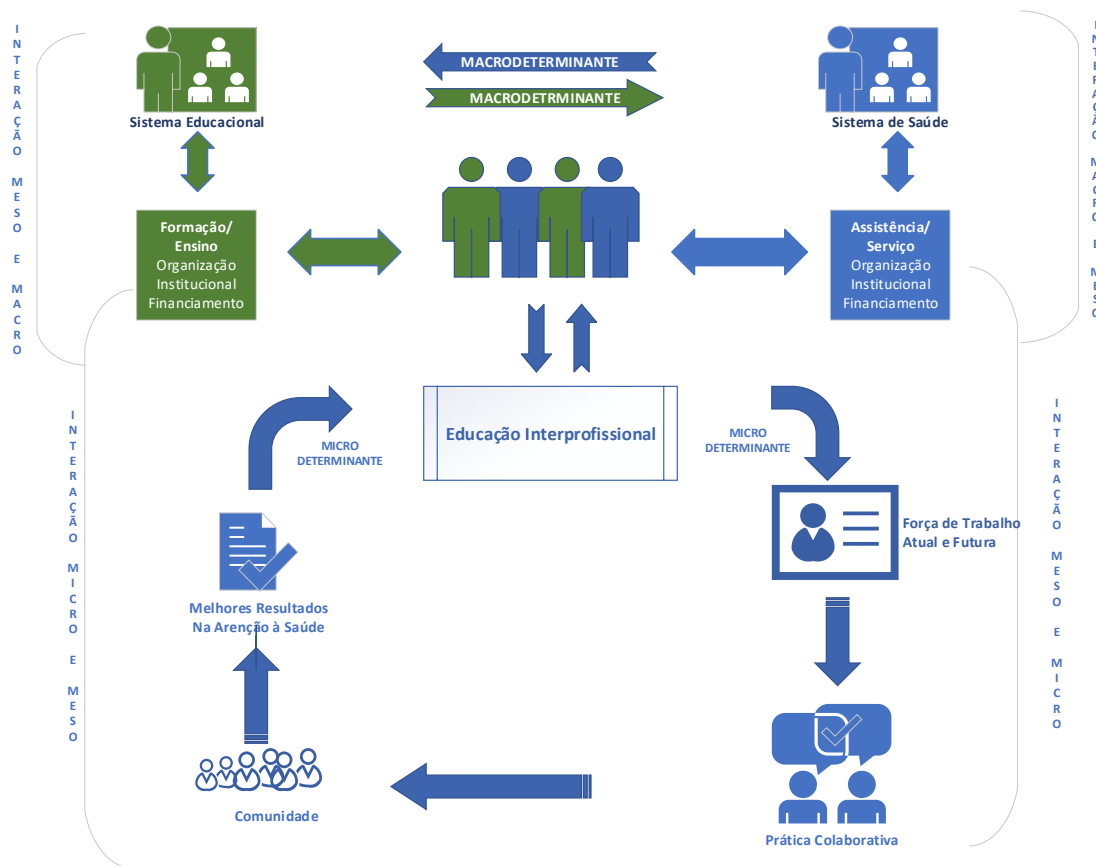
Fonte: Primária (2019)

A figura 15 representa os partícipes da proposta de EIP e a relação necessária para que os resultados na formação e na atenção à saúde possam ser alcançados. Ensino e serviço precisam estar alinhados, e tal alinhamento é perceptível ou não de acordo com o que está proposto no Plano Municipal de Saúde (JOINVILLE, 2017) e é vivenciado nos cenários de prática (assistência/serviço) e nos projetos pedagógicos dos cursos (formação/ensino). Esse alinhamento deve ser também identificado e vivenciado pelas pessoas que convivem e interagem nas práticas diárias. São elas: profissionais de saúde, coordenadores de curso, professores, estudantes em formação e comunidade.

Todos os determinantes influenciam diretamente a EIP e possuem um papel fundamental na sua implementação.

Na figura 16 é possível visualizar os macro, meso e microdeterminantes de EIP, para alcançar os resultados esperados na interação entre o ensino e o serviço em saúde.

**Figura 16** – Representação da interação entre os macro, meso e microdeterminantes de EIP, para alcançar os resultados esperados na formação e na atenção à saúde



Fonte: Primária (2019)

Na figura 16 identifica-se que cada um dos sistemas – educacional e de saúde – tem uma finalidade específica, seja ela de formação/ensino ou de assistência/serviço. As finalidades impactam diretamente na atuação dos professores, estudantes e profissionais de saúde e, quando envolvem integração entre as instituições, se faz necessário estabelecer direcionadores que potencializem os resultados na formação e na atenção à saúde esperados por ambas.

Neste caso, os direcionadores estão relacionados à EIP, que podem promover a formação e a educação permanente, fortalecendo o trabalho atual e futuro em prol de melhores resultados na atenção à saúde para a comunidade.

Ao visualizar a figura 16, que representa os macro, meso e microdeterminantes, é preciso lembrar também que cada um dos sistemas, além de finalidades específicas, atua e constrói diariamente uma relação entre os dados e as informações produzidos e expressos por diferentes meios. Essa relação exige processos de GC claros e bem definidos, para contribuir, otimizar e potencializar a criação e organização dos dados e das informações, o que corrobora com os estudos de Worasinchai, Ribière e Arntzen (2008) e Arntzen, Worasinchai e Ribière (2009).

Além disso, é muito importante definir as formas de compartilhamento das produções, que podem ser específicas de cada um dos sistemas ou determinantes e outras que precisam ser construídas coletivamente. Para tanto, faz-se necessário que, por meio da GC, haja interação ou *feedback* entre os determinantes macro, meso e micro.

Isso significa que as políticas públicas precisam ser formuladas com base em necessidades e discussões realizadas no ensino e no serviço, que a gestão de cada uma das instituições participe e corrobore com os temas e que, ao corroborar, se responsabilize em compartilhar com os órgãos formuladores das políticas públicas os resultados alcançados na atenção à saúde ou dificuldades encontradas. Por outro lado, ao formalizar as políticas públicas, devem-se acompanhar a implementação, os resultados e as dificuldades.

Com a interação ou o *feedback* entre os determinantes macro, meso e micro, os dados e as informações podem ser compartilhados e apreendidos pelas pessoas envolvidas. Dessa forma, as informações se converterão em conhecimentos tácitos e/ou explícitos que, além de potencializar os resultados de EIP na atenção à saúde, contribuirão para valorização dos diferentes atores no processo, e com retornos tangíveis às pessoas que investiram tempo e acreditaram na EIP. As pessoas precisam reconhecer a importância da sua atuação e do seu papel (PICCOLI; AHMAD E IVES, 2000).



Sendo assim, a interação ou o *feedback* entre os determinantes tem papel fundamental nos resultados que poderão ser alcançados, seja na formação da força de trabalho atual ou futura, no reconhecimento das ações de todos os envolvidos, seja nos resultados na atenção à saúde.

## 6.2 APRESENTAÇÃO DO MODELO DE GC PROPOSTO PARA APOIAR A INTEGRAÇÃO ENTRE ENSINO E SERVIÇO EM SAÚDE

O modelo de GC construído, e aqui apresentado, teve como referência os estudos de Batista (2012) e caracteriza-se como híbrido, ou seja, fornece orientações sobre os procedimentos e descreve a GC (RUBENSTEIN-MONTANO *et al.*, 2001).

A seguir estão caracterizados os elementos que compõem o modelo híbrido; a sua apresentação inicia-se pelo modelo descritivo.

### 6.2.1 O Modelo Descritivo de GC e os Direcionadores Estratégicos para Apoiar a Integração entre Ensino e Serviço Fundamentados na EIP

Os direcionadores estratégicos, que compõem o modelo de GC proposto para apoiar a integração entre a formação e a assistência, estão fundamentados na EIP e na prática colaborativa e seguem as orientações contidas no Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa (OMS, 2010) e em outros estudos sobre o tema (VRIES-ERICH *et al.*, 2017; WILSON *et al.*, 2016; BARROS; ELLERY, 2016; ALMEIDA FILHO *et al.*, 2014; FIGUEREDO *et al.*, 2017; AGUILAR-DA-SILVA; SCAPIN; BATISTA, 2011). Os direcionadores têm a função de orientar e guiar a atuação das pessoas (BATISTA, 2012), sejam as responsáveis pela formação e/ou pela assistência, para alcançarem objetivos e metas comuns. Sendo assim, propõem-se os direcionadores estratégicos dispostos no quadro 4.

**Quadro 4** – Direcionadores estratégicos propostos para apoiar a integração entre ensino e serviço em saúde fundamentos na EIP

<p><b>MISSÃO:</b> Promover a EIP na formação e educação permanente em saúde, por meio de estratégias articuladas com pessoas de mais de uma profissão, buscando a colaboração interprofissional e melhores resultados na atenção à saúde para a população.</p>
<p><b>VISÃO:</b> Ser implementada em diferentes cenários de formação e educação permanente em saúde, com a participação e interação de pessoas de mais de uma profissão, atuando colaborativamente, resultando na melhoria da qualidade da formação e das condições de saúde das pessoas.</p>
<p><b>VALORES:</b></p> <p><b>Ética:</b> Ao se referir à EIP se está mencionando que esse é um processo interativo que envolve pessoas que atuam em conjunto (equipes) em prol de objetivos comuns. Enquanto equipe, se reconhece um saber específico de cada profissão, porém muito mais do que privilegiar os saberes profissionais é necessário considerar as necessidades das pessoas atendidas. Esse é o princípio ético que norteia as ações interprofissionais: privilegiar as necessidades das pessoas atendidas em detrimento dos saberes específicos de cada uma das profissões.</p> <p><b>Comunicação:</b> para que haja sintonia e harmonia nos processos de trabalho na área da saúde, é necessário estabelecer uma boa comunicação entre os membros da equipe e para com as pessoas atendidas. Esse é um dos valores que suportam o trabalho em equipe, garantindo o entendimento das responsabilidades, confiança entre as profissões, comunicação aberta e honesta e inclusão da família na assistência aos pacientes. É também um valor que favorece a tomada de decisão compartilhada.</p> <p><b>Colaboração:</b> a colaboração no apoio à integração ensino e serviços em saúde envolve as dimensões relacionais entre as pessoas que atuam na instituição formadora e nos serviços em saúde. A colaboração preconiza uma forma de trabalho interprofissional mais flexível, compartilhamento e interdependência das ações, que culmine no trabalho em equipes interprofissionais com vistas a formação e necessidades de saúde de usuários, família e/ou comunidade.</p>

**Inovação:** a inovação como valor para a EIP corrobora com a ideia expressa na Lei de Inovação, no seu artigo 2 e inciso IV: Inovação é a introdução de uma novidade ou aperfeiçoamento no ambiente produtivo ou social, que resulte em novidades, agregação ou funcionalidade nos produtos, processos ou serviços com efetivo ganho de qualidade ou desempenho (BRASIL, 2016). Neste caso, a inovação deve ser permanente na busca de melhores resultados em saúde.

**OBJETIVOS ESTRATÉGICOS:** produzir, organizar e disseminar o conhecimento, alimentando os processos de integração entre ensino e serviço, por meio de iniciativas de EIP, para melhoria da qualidade da formação e melhores resultados na atenção à saúde.

**ESTRATÉGIAS:**

- Promover ações que estimulem o processo de conversão do conhecimento proposto por Nonaka e Takeuchi (1997), representado no modelo SECI, de tácito para tácito (**S**ocialização), de tácito para explícito (**E**xteriorização), de explícito para explícito (**C**ombinação) e de explícito para tácito (**I**nternalização), nas ações que garantem a parceria entre a formação e a assistência em saúde e nas ações que ocorrem nos cenários de prática;
- Promover, estimular e buscar editais, internos e externos, para submissão de projetos que viabilizem o financiamento de ações integradoras entre a instituição formadora e a assistência em saúde que tenham a exigência de incluir a EIP e práticas colaborativas;
- Revisar os currículos para formação em saúde, introduzindo temas e metodologias de ensino relativas à EIP e a práticas colaborativas;
- Adotar meios que tornem mais efetivos os processos de armazenamento e disseminação das informações referentes à integração entre o ensino e o serviço, bem como os resultados alcançados na atenção à saúde com base nas experiências guiadas pela EIP e pelas práticas colaborativas;
- Fomentar pesquisas na área que possam resultar em propostas inovadoras no cenário de integração entre a formação e a assistência, tanto quanto nas experiências de EIP e práticas colaborativas;

- Socializar as ações e seus resultados na atenção à saúde como estratégia de potencializar a EIP e as práticas colaborativas entre instituições formadoras e de serviços, na área da saúde.

**METAS:**

- Implementar a cultura do trabalho que privilegie tomadas de decisão compartilhadas;
- Produzir e aprimorar iniciativas de EIP em saúde e práticas colaborativas na Atenção Básica em Saúde;
- Inserir na formação em saúde metodologias de ensino ativas que estimulem as práticas interprofissionais;
- Incluir o uso de tecnologias digitais como recurso de armazenamento e disseminação das informações;
- Inscrever projetos em editais internos e externos que integrem a formação e a assistência em saúde e que tenham a EIP e as práticas colaborativas como eixo norteador;
- Instigar pesquisas na área de EIP;
- Inovar nas ações de promoção de saúde para alcançar melhores resultados na atenção à saúde;
- Disseminar iniciativas de EIP em saúde e práticas colaborativas em âmbito municipal, estadual e nacional.

Observação: os prazos para cada uma das metas deverão ser estabelecidos no momento da implementação do modelo de GC.

**DIFICULDADES DE CONHECIMENTO:**

- Cultura de trabalho e formação uniprofissional;
- Não ter o hábito de registro das ações realizadas;
- Barreiras para GC na universidade e no serviço público de saúde;
- Barreiras e bloqueios institucionais para a prática de EIP;
- Barreiras e bloqueios das pessoas para a prática de EIP;
- Falta de políticas indutoras para EIP em âmbito institucional, municipal, estadual e nacional.

**OBJETIVOS DE FUTURO DA GC:**

Criar, organizar e disseminar um arcabouço teórico prático sobre a integração entre o ensino e serviço em saúde, guiado pela EIP, assim como organizar e disseminar os resultados alcançados na atenção à saúde que venham contribuir para a implementação desse processo em ambientes municipais, estaduais e nacional.

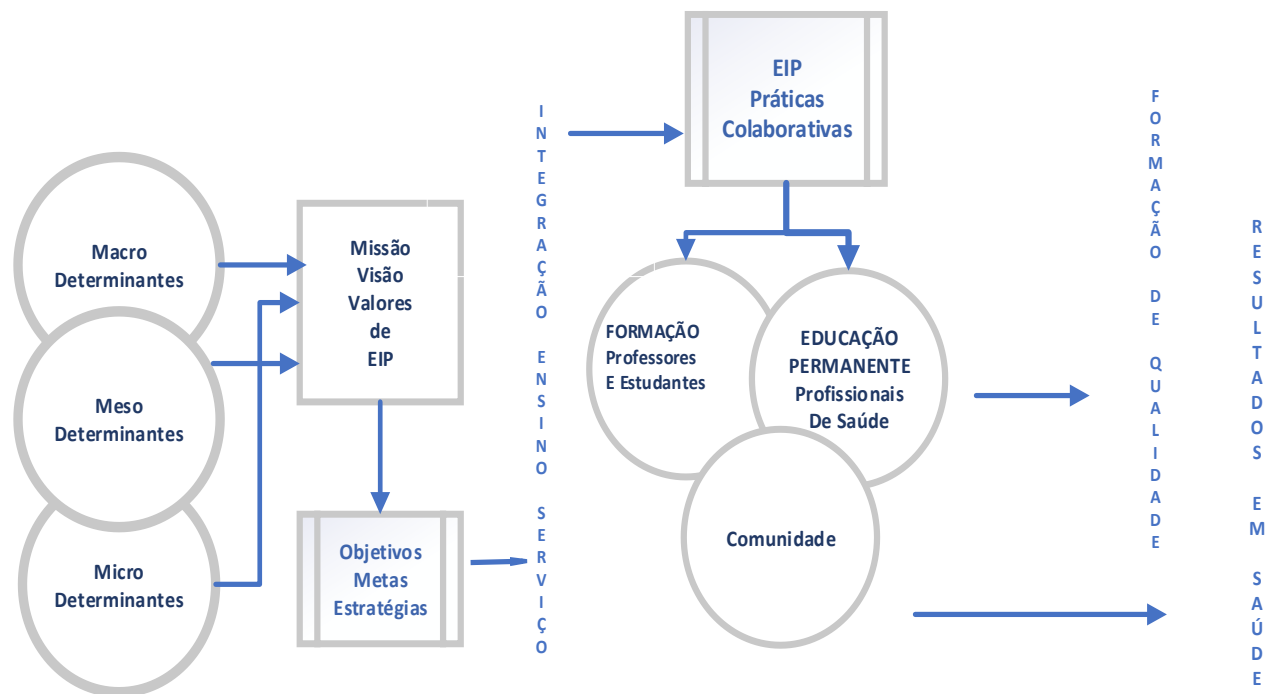
**ESTRATÉGIA DE GC**

Aplicar as premissas da EIP nos cenários de prática que articulam o ensino e o serviço de forma colaborativa, incluindo os processos sistemáticos, contínuos e em espiral de conversão do conhecimento, potencializando a sua criação, organização e disseminação, na atuação colaborativa e interprofissional.

Fonte: Primária (2019)

A figura 17 expõe a relação existente entre os determinantes e os direcionadores estratégicos que apoiam a integração entre a formação e a assistência fundamentada na EIP em saúde.

**Figura 17** – Modelo descritivo de GC com os determinantes e direcionadores estratégicos que favorecem a EIP e estimulam práticas colaborativas para alcançar melhores resultados na atenção à saúde



Fonte: Primária (2019)

A figura 17 representa, de forma esquemática e referencial, a necessidade de interação entre os macro, meso e microdeterminantes para que seja possível potencializar a integração entre o ensino e o serviço, guiados pela missão, visão e valores e fundamentados na EIP e nas práticas colaborativas. Quanto aos objetivos, às metas e estratégias, são suportes que direcionam as propostas, tanto quanto favorecem a integração, produzindo, organizando e disseminando os conhecimentos que norteiam as ações realizadas pelos profissionais, sejam da assistência ou na formação, estudantes e comunidade, que estimulam a implementação de práticas colaborativas para alcançar melhores resultados na atenção à saúde.

### 6.2.2 O Modelo Descritivo de Gestão do Conhecimento e os Viabilizadores de EIP

Considerando que os viabilizadores são elementos que potencializam a GC, ou seja, que incentivam a criação, organização e disseminação do conhecimento, chegou-se à conclusão de que, para apoiar a integração entre ensino e serviço por meio da EIP, os viabilizadores são o que a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2010) denomina mecanismos. São eles: mecanismos curriculares, mecanismos do educador, mecanismos de apoio institucional, mecanismos de cultura de trabalho e mecanismos ambientais (OMS, 2010). Cada um deles só pode ser viabilizado se as pessoas estiverem dispostas e perceberem os retornos tangíveis ao investimento feito. É o que Piccoli, Ahmad e Ives (2000) apontam como os benefícios de participar, quer dizer, o que cada uma das pessoas tem de retorno para realizar uma atividade profissional diferente daquela com a qual já está habituada.

Os **mecanismos curriculares (MC)**, relacionados aos aspectos que orientam a formação de novos profissionais, e estão expressos nas Políticas Públicas Nacionais, nas DCNs e nos PPCs. Em cada um desses documentos, sobretudo no PPC, identifica-se se há espaço para a EIP nos cursos de formação em saúde e se é importante estimular as práticas colaborativas entre duas ou mais profissões. Além disso, também é possível reconhecer se os cuidados em saúde são incentivados com a participação da comunidade.

Quanto à materialização desse currículo, os princípios de aprendizado para adultos, os objetivos compartilhados e o cronograma flexível (OMS, 2010) também devem viabilizar os processos de EIP e as práticas colaborativas, pois só assim será possível estabelecer uma rotina sistemática e contínua, em que os processos em espiral de conversão do conhecimento potencializem a criação, organização e disseminação do conhecimento.

Os **mecanismos do educador (ME)** incluem alguns elementos que se referem à possibilidade de os educadores, sejam eles professores ou profissionais de saúde, incentivarem a aprendizagem sobre os outros, com os outros e entre si, de forma interativa, estimulando a colaboração. Tais elementos são autotreinamento, apoio

institucional e compromisso gerencial (OMS, 2010), ou seja, elementos que favorecem a atuação dos multiplicadores nos processos de EIP.

Os **mecanismos de apoio institucional (MAI)** dizem respeito ao incentivo e aos exemplos que os professores e/ou profissionais de saúde têm para atuar de forma colaborativa. Quanto mais claros os modelos de governança e apoio ao trabalho em equipe, mais as equipes de ensino e serviço vão acreditar no compartilhamento e na corresponsabilidade na prestação de serviços de atenção à saúde. Para tanto, faz-se necessário ter tempo e espaço adequado, caracterizando um contexto capacitante (TAKEUCHI; NONAKA, 2008).

Os mecanismos de apoio institucional também refletem o quanto a IES e os serviços de saúde estão articulados e dentre eles se destacam os programas de capacitação docente e valorização da preceptoria para incorporação dos preceitos e valores de EIP.

Para que os processos de EIP ocorram, os cenários de práticas precisam estar disponíveis e abertos a receber os estudantes. Cabe às instituições negociar e acordar as condições para que isso ocorra, ancoradas nos determinantes legais (Constituição Federal de 1988 e Lei Orgânica n.º 8.080/1990) e registradas no Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES).

Por outro lado, as IES, por meio dos gestores, professores e estudantes, devem identificar o saber produzido pela experiência dos profissionais de saúde e, na interatividade e articulação, definir claramente os papéis e as atribuições, valorizando todos os saberes, os da ciência e os da experiência.

Os **mecanismos de cultura de trabalho (MCT)** referem-se às práticas adotadas pelos profissionais de saúde e que refletem a maneira como eles agem. Essa maneira interfere diretamente na mediação adotada nos processos educacionais. A interprofissionalidade e as práticas colaborativas pedem ações compartilhadas, tomadas de decisões baseadas em metas estabelecidas coletivamente e negociação de recursos que muitas vezes precisam ser compartilhados.

Sistemas e processos de informação estruturados, estratégias de comunicação efetivas e políticas para resolução de conflitos desempenham um papel importante para que seja estabelecida uma boa cultura de trabalho, favorecendo a GC.



Os **mecanismos ambientais (MA)** são as condições de estrutura física e material para que as ações de EIP possam ocorrer. Como exemplo, destacam-se os espaços físicos, que devem ser apropriados para receber as equipes, neste caso composta por professores ou profissionais de saúde e estudantes de pelo menos dois cursos. Os espaços têm de permitir que seja possível realizar atendimentos, discussões e reflexões de maneira confortável. Conforme citado por Sunguya *et al.* (2014), espaços muito pequenos, que não comportam todos e nos quais as pessoas precisam se revezar para estar muitas vezes se tornam barreiras para EIP e, assim, dificultam os processos de conversão do conhecimento em espiral.

### 6.2.3 O Modelo Descritivo de Gestão do Conhecimento e o Papel do Fator Crítico de Sucesso Liderança

No contexto para o qual o modelo de GC foi proposto, existem diferentes instâncias de liderança. Entre elas destacam-se as lideranças vinculadas ao cenário da assistência/serviços de saúde, que pode ser exemplificado pelo responsável pela Secretaria de Saúde, coordenadores de diferentes setores, coordenadores de Unidades de Saúde, até os profissionais de saúde que desenvolvem o papel de líder na articulação das ações que envolvem o ensino e o serviço nos cenários de prática. Ressaltam-se também as lideranças vinculadas ao ambiente de formação/ensino, que inclui a gestão da IES, a coordenação de área, coordenação de cursos e os professores que lideram diretamente os estudantes. Cada uma dessas instâncias possui um papel essencial para que a integração ocorra de maneira harmônica. No entendimento de Batista (2012), o papel da liderança é considerado essencial para que os resultados em GC possam ser alcançados. D'Amour e Oandasan (2005) também mencionam que, se o papel do líder for desenvolvido de forma colaborativa, ou seja, de maneira que o compartilhamento, a parceria, a interdependência e o poder sejam os pilares da colaboração, melhores serão os resultados na formação de futuros profissionais e na atenção à saúde

Outro aspecto em relação à liderança diz respeito ao caráter intencional e horizontal desse papel e à responsabilidade e ao desafio de estabelecer uma relação

recíproca entre a formação de novos profissionais e as práticas de atenção à saúde. Para tanto, é indispensável que haja uma liderança colaborativa e que se reconheça e respeite o papel de cada profissional na diversidade e nas responsabilidades das funções, entendendo o funcionamento de uma equipe de trabalho que respeita os valores éticos de cada profissão, dos estudantes e da comunidade, como menciona a Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC, 2010).

Tal desafio pode ser percebido nos determinantes macro, meso e micro e no papel da liderança responsável pelas instâncias das quais depende a integração entre o ensino e o serviço em saúde. Para tanto, as pessoas, a família ou a comunidade, tanto quanto a formação de qualidade de novos profissionais, devem ser o centro das atenções. Trata-se também de uma recomendação da OMS (2010). Saber ouvir a comunidade, os membros da equipe de saúde, dar atenção à finalidade de cada uma das instituições é fundamental para que sejam tomadas decisões colaborativas e compartilhadas, tendo a missão, a visão e os valores da EIP norteando o diálogo, em busca de melhores resultados na atenção à saúde.

#### 6.2.4 O modelo de gestão do conhecimento e o Fator Crítico de Sucesso Processos, Pessoas e Aprendizagem (PPA)

Considerando que propor um modelo de GC significa definir um conjunto de processos que contribuem para a produção e difusão do conhecimento em uma organização (STEFANO *et al.*, 2014), e que esta é viva, se movimenta e age a partir das pessoas que nela convivem e trabalham, conclui-se que, ao pensar e estruturar um modelo de GC para a EIP, é preciso considerar que são as pessoas que vão atuar com base na definição desses processos.

Portanto, há necessidade de se elaborar um plano de apresentação e interação que resulte no reconhecimento e na aprendizagem das etapas, dos papéis de cada membro da equipe e de cada um dos elementos que compõem o processo.

Entende-se que esse cuidado deve favorecer a comunicação aberta e incentivar a colaboração, uma vez que deixará claro quais as funções e responsabilidades de cada

membro, para que os processos de GC possam ser vivenciados de acordo com os direcionadores estratégicos estabelecidos.

Um outro ponto a ser considerado é a possibilidade de aprendizagem que cada membro da equipe vivencia. É importante estarem previstos e sistematizados momentos para a equipe participar de capacitações, tanto quanto discutir e compartilhar as experiências. Tais recursos despertam para possibilidades de práticas inovadoras em saúde.

Todas essas práticas devem ser previstas e incluídas nos processos de GC e, nesta proposta, traduzidas para o modelo SECI de conversão do conhecimento proposto por Nonaka e Takeuchi (1997). Seguem alguns exemplos de possibilidades de conversão do conhecimento dentro do cenário proposto:

▶ **Socialização (Ba de criação)** – Conversão do conhecimento tácito para tácito: atividades práticas, principalmente aquelas que envolvem intervenções, atendimentos, simulações, observação direta, discussões, rodas de conversas, atendimentos;

▶ **Externalização (Ba de Interação)** – Conversão do conhecimento tácito para explícito: registros em relatórios, elaboração de artigos, recados via Whatsapp, comunicados via *e-mail*, registros em prontuários, registros em portfólios, elaboração de manuais de procedimentos operacionais, publicações em comunidades de práticas;

▶ **Combinação (Ba virtual – sistemático)** – Conversão do conhecimento explícito para explícito: reuniões de estudo, a partir de leituras prévias; leitura de atas para resgatar o histórico do processo vivenciado pelas pessoas; discussões baseadas nos registros em manuais de procedimentos operacionais; seminários acadêmicos;

▶ **Internalização (Ba de treinamento)** – Conversão do conhecimento explícito para tácito: são os momentos em que os sujeitos experimentam na prática o que foi lido, discutido, explicado e combinado.

### 6.2.5 O Modelo Descritivo de Gestão do Conhecimento e o Fator Crítico de Sucesso Tecnologia

Considerando a atual era digital, em que a tecnologia é quase uma extensão das pessoas, é importante incluí-la no modelo de GC proposto.

Na área da saúde, o relacionamento entre as pessoas constitui uma das ferramentas de trabalho para que os resultados na atenção à saúde, possam ser alcançados. É neste contexto que Merhy e Franco (2006) apresentam as tecnologias classificadas de diferentes formas. São elas: tecnologias duras, leve-duras e leves para o cuidado em saúde.

Neste estudo, a classificação apresentada por Merhy e Franco (2006) transcende para os processos de formação e de interação necessários para que a integração ensino e serviços ocorram, ou seja, considera que também no contexto da formação de profissionais para atuar em equipes interprofissionais, de forma colaborativa, o relacionamento entre as pessoas e o uso de ferramentas tecnológicas são também determinantes nos processos gerenciais e de aprendizagem.

Considerando os macrodeterminantes de EIP, para favorecer a GC, a comunicação, a colaboração e a aprendizagem, as tecnologias duras, ou seja, as mais estruturadas, são as mais indicadas. Com as tecnologias duras podem-se encontrar recursos para a interação entre as pessoas de qualquer lugar do país ou do mundo, tanto quanto para criação, armazenamento e disseminação do conhecimento.

Essa indicação não exclui o uso de outras tecnologias leve-duras, mas é o tipo de tecnologia que favorece a interação entre as pessoas e o acesso ao conhecimento produzido de qualquer lugar em que estejam.

Quanto aos mesodeterminantes, os processos de interação necessários para que a integração entre o ensino e o serviço ocorra, indica-se a necessidade de uso de tecnologias leve-duras. Haverá momentos em que a tecnologia dura será a mais indicada para a interação, *feedback* e/ou acesso ao conhecimento produzido entre os componentes dos determinantes de EIP macro, meso e micro, assim como haverá ocasiões em que a interação pessoal, a socialização e a forma de agir de cada sujeito contribuirão de maneira mais efetiva para a criação e disseminação do conhecimento.

Em relação aos microdeterminantes de EIP, a tecnologia prevê o uso de estratégias em que prevalecem o contato pessoal, as formas de agir e a socialização do conhecimento, que ocorre de tácito para tácito (NONAKA; TAKEUCHI, 1997). São nas interações pessoais que os acordos pedagógicos para inserção dos estudantes nos cenários de prática, com vistas à formação e à educação permanente, normalmente ocorrem, assim como a interação de estudantes, profissionais de saúde, professores e os sujeitos com os quais os cuidados de saúde são planejados.

Todas as ações mencionadas e a indicação de um tipo de tecnologia não excluem outras formas de interação e uso dessas tecnologias. Apenas apontam prioridades baseadas nas necessidades, realidades profissionais e possibilidades de interação, criação, organização, armazenamento e disseminação do conhecimento para que a comunicação, colaboração e aprendizagem possam ser incentivadas e as decisões sejam tomadas de forma compartilhada.

Além disso, autores como Arntzen, Worasinchai e Ribière (2009) e Batista (2012) consideram a tecnologia, aquelas que se relacionam aos equipamentos e materiais, uma ferramenta de gestão importante, já que por meio dela, em um modelo de GC, se torna viável armazenar, compartilhar e disseminar informações.

Considerando a relevância dos aspectos citados, Freire, Furlan e Silveira (2018) desenvolveram um *software* para apoiar a GC na atividade de inteligência de segurança pública, que foi aplicado com sucesso no Observatório de Inteligência de Segurança Pública em Jaraguá do Sul (SC). Isso reforça a importância da tecnologia em um modelo de GC, uma vez que a tecnologia dura é um dos recursos que mais auxiliam a armazenagem de informações por um longo período temporal, o acesso a essas informações por todas as pessoas autorizadas em diferentes lugares, o compartilhamento de dúvidas, tomadas de decisão, necessidades e resultados, bem como a disseminação de informações, incluindo relatórios, estudos, campanhas de promoção, prevenção e recuperação da saúde, registros históricos, entre outras informações possíveis de serem disseminadas.

Por outro lado, Jannuzzi, Falsarella e Sugahara (2016) consideram a tecnologia um elemento importante, porém não determinante para o sucesso da GC.

No modelo aqui apresentado, a tecnologia dura é considerada um recurso importante que contribui para a interação, a armazenagem, o compartilhamento e a disseminação das informações. No que concerne às tecnologias leves, estas podem ser implementadas para cultivar, interagir, promover, aprender, criar, compartilhar e inovar de acordo com o cenário em que ela será empregada. Pessoas e cuidados em saúde existem em todos os lugares, todavia nem sempre para se alcançar os resultados na atenção à saúde os caminhos são os mesmos. É necessário considerar o contexto para, então, definir o melhor recurso tecnológico a ser utilizado, sempre priorizando ações interprofissionais e práticas colaborativas.

Na área da saúde existem recursos disponíveis que contribuem muito para a aprendizagem/capacitação, um dos componentes do modelo de GC. Como exemplo citam-se o AVASUS, o Telessaúde e as Comunidades de Práticas (CPs).

O AVASUS é uma plataforma do Ministério da Saúde que oferece cursos gratuitos que podem ser realizados a distância e que possibilitam aprimoramento e atualização dos profissionais que atuam na área da saúde.

O Telessaúde constitui uma ferramenta de apoio à assistência e à educação permanente dos profissionais do SUS. Nessa ferramenta encontram-se disponíveis: tele-educação, teleconsultoria, telediagnóstico, segunda opinião formativa (SOF) e regulação regional.

Em relação às CPs, elas ocorrem no interior dos serviços de saúde. São comunidades compostas por profissionais que se engajam, assumem projetos comuns e compartilham relatórios. Trata-se de uma ferramenta que contribui para resolução de problemas e desenvolvimento profissional (BARRETO, 2012).

Toda a tecnologia citada torna-se imprescindível para que as informações necessárias para a integração entre o ensino e o serviço ocorram fundamentadas na EIP e para que as ações de cuidados em saúde sejam amparadas pela missão, visão e valores e tenham como foco as estratégias e metas definidas no modelo de GC.

### 6.2.6 O Modelo Descritivo de Gestão do Conhecimento e o Processo Interativo de GC

O processo interativo no modelo de GC aqui proposto é caracterizado por ações sistemáticas, vivenciadas na sequência e repetidas a cada ciclo, conforme aponta Batista (2012).

Neste estudo, o processo interativo cumpre o papel da EIP e das práticas colaborativas, pois prevê a harmonização entre as ações de ensino e serviço, incluindo profissionais, professores e estudantes de diferentes formações, bem como engloba as pessoas para as quais o cuidado em saúde está sendo proposto. Além disso, o aspecto cíclico, sistemático e interativo contribui para alimentar o imaginário com novos conhecimentos e favorecer o surgimento de novas ideias e iniciativas, conforme mencionam Dalkir (2005) e Jannuzzi, Falsarella e Sugahara (2016).

A interatividade neste modelo é composta pelas seguintes ações: **problematizar, discutir, planejar, compartilhar, formalizar, executar, avaliar, armazenar e disseminar.**

- a) **Problematizar:** compreende o momento de aproximação à realidade, diagnóstico das necessidades, para que com base nelas seja desenvolvida uma questão problema;
- b) **Discutir:** corresponde à análise das necessidades, identificação de possíveis fragilidades ou lacunas que exigirão o planejamento de ações para resolução do problema;
- c) **Planejar:** compreende o planejamento das ações, de forma interativa e colaborativa, de maneira a resolver o problema;
- d) **Compartilhar:** compreende o momento em que são compartilhadas com os envolvidos as ações planejadas para a resolução do problema;
- e) **Formalizar:** após a problematização, discussão, planejamento e comunicação, são formalizados, de forma explícita, as ações previstas e os acordos a serem observados para a execução das ações;
- f) **Executar:** a execução corresponde à aplicação do que foi planejado, comunicado e formalizado;

- g) **Avaliar:** corresponde à etapa em que os sujeitos envolvidos em todo o processo vão avaliar os resultados alcançados;
- h) **Armazenar:** corresponde aos registros explícitos, referentes ao processo vivenciado por todos os envolvidos, que serão armazenados para composição do histórico e referencial das ações;
- i) **Disseminar:** compreende a etapa de divulgação dos resultados alcançados e registrados de forma explícita. Primeiramente se dissemina para as pessoas envolvidas na ação e, na sequência, a todos os interessados.

### 6.2.7 O Modelo Descritivo de Gestão do Conhecimento e o Ciclo KDCA

Partindo da metodologia proposta por Batista (2012), os elementos que correspondem ao ciclo KDCA para o modelo de GC que orienta a EIP podem ser visualizados a seguir:

**a) K significa *knowledge*, ou seja, conhecimento.**

Para esse modelo, *knowledge* ou conhecimento corresponde ao conjunto de dados coletados e aos significados deles, traduzidos em informações que contribuirão para a problematização. Além disso, refere-se ao conhecimento de cada membro da equipe, incluindo os atores do ensino e do serviço, que estarão presentes na problematização, nas discussões, no planejamento e na formalização das ações;

**b) D significa *do*, ou seja, executar.**

*Do* ou executar corresponde à execução propriamente dita do que foi planejado, discutido e formalizado. Compreende a parte prática de resolução do problema.

**c) C significa *check*, ou seja, checar, verificar.**

*Check* ou checar diz respeito à verificação dos resultados, ou seja, a avaliação e o acompanhamento das metas relacionadas às ações planejadas e à EIP, para obtenção dos melhores resultados na formação e na atenção à saúde;



**d) A significa *action*, ou seja, agir corretivamente.**

Agir corretivamente significa corrigir e/ou substituir as ações que porventura não permitiram alcançar o resultado esperado. Quer dizer analisar os determinantes e viabilizadores que impactam nos processos de EIP que, por sua vez, interferem na execução das ações planejadas. Significa procurar mecanismos que possam ajudar a corrigir ou reconstruir o percurso para que as metas propostas sejam alcançadas.

### 6.2.8 O Modelo Descritivo de Gestão do Conhecimento e os Resultados de GC

De acordo com o referencial de Batista (2012), os resultados de GC são um dos integrantes do modelo. Tal integrante, talvez o mais importante, é o reflexo das ações previstas em cada um dos elementos constitutivos da proposta. Para o autor, os resultados podem ser percebidos de forma imediata e no final de um ciclo completo. Sendo assim, os principais resultados na atenção à saúde esperados na integração entre o ensino e o serviço em saúde fundamentada na EIP estão relacionados ao desenvolvimento da colaboração entre os membros das equipes (equipes de gestão ou de professores, profissionais de saúde e estudantes), à formação de profissionais qualificados e à melhoria na atenção à saúde da população. Para tanto, o modelo apresenta os principais elementos que orientam a integração entre a formação e a assistência em saúde, além da implementação de ações interprofissionais em saúde.

A aplicação deste modelo de GC deverá gerar aprendizagens e práticas inovadoras que resultarão na consolidação das parcerias entre as IES e o serviço público de saúde, em trabalho colaborativo, cuidados integrais e diminuição da duplicação dos serviços.

## 6.3 O MODELO DESCRITIVO E PRESCRITIVO DE GESTÃO DO CONHECIMENTO E A SUA REPRESENTAÇÃO

Diante da complexidade do cenário social atual, as práticas de EIP buscam resultados na atenção à saúde e na formação de profissionais capacitados para atuar

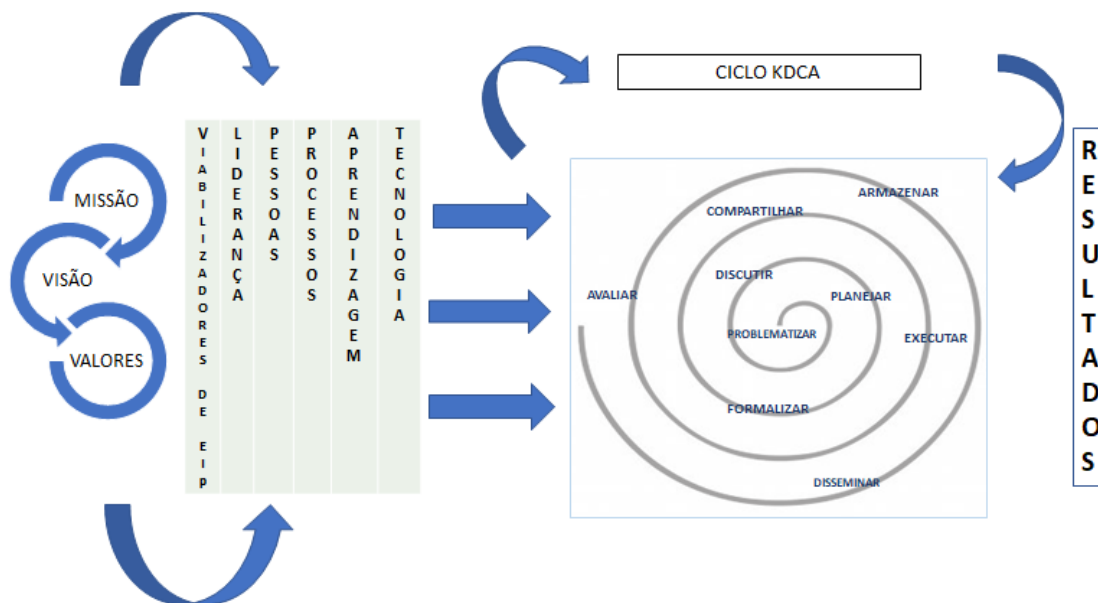
em equipes interprofissionais. A complexidade inclui o atendimento à população considerando os princípios e as diretrizes do SUS, ou seja, universalidade, integralidade, equidade, controle social e descentralização. Essas ações combinadas e realizadas de forma colaborativa e interativa por profissionais de mais de uma profissão podem trazer melhores resultados na atenção à saúde para a população.

O modelo de GC aqui proposto tem como objetivo apoiar a integração entre ensino e serviço em saúde fundamentada na EIP para que os dois resultados – ensino e serviço – possam ser alcançados.

Em todas as ações realizadas, o conhecimento permeia as relações, sejam elas de trabalho, de cuidado ou de gestão. O modelo considera cada uma dessas instâncias e prevê a interação entre elas para que, com processos claros e bem delineados, seja possível ter a centralidade no cuidado integral e nas necessidades do usuário, e não na profissão especificamente.

A figura 18 é a representação do modelo descritivo de GC proposto e procura ilustrar como cada integrante do modelo se articula para que os resultados possam ser alcançados.

Figura 18 – Modelo descritivo de GC, fundamentado na EIP em saúde, para apoiar a integração entre o ensino e serviço



Fonte: Primária (2019)

A missão, a visão e os valores direcionam as ações integradas entre o ensino e os serviços de saúde. As ações a serem implementadas nos cenários de práticas dependem dos mecanismos (MC, ME, MCT, MA, CAI), os quais vão viabilizar ações de EIP. Os fatores críticos de sucesso (liderança, pessoas, processos, aprendizagem e tecnologia) são considerados fundamentais para que, de forma interativa, cíclica e sistemática, seja criado, organizado, registrado, disseminado e armazenado o conhecimento. O processo interativo sugere diálogo e discussões para alimentar o imaginário das pessoas e favorecer o surgimento de novas ideias e iniciativas, guiadas pelo ciclo KDCA, para que decisões sejam tomadas de forma compartilhada e que os profissionais saibam atuar em equipes interprofissionais de forma colaborativa para alcançar os melhores resultados na atenção à saúde.

Complementando o modelo híbrido, apresenta-se o modelo prescritivo, representado pela figura 19. De forma sintética estão registrados os elementos que

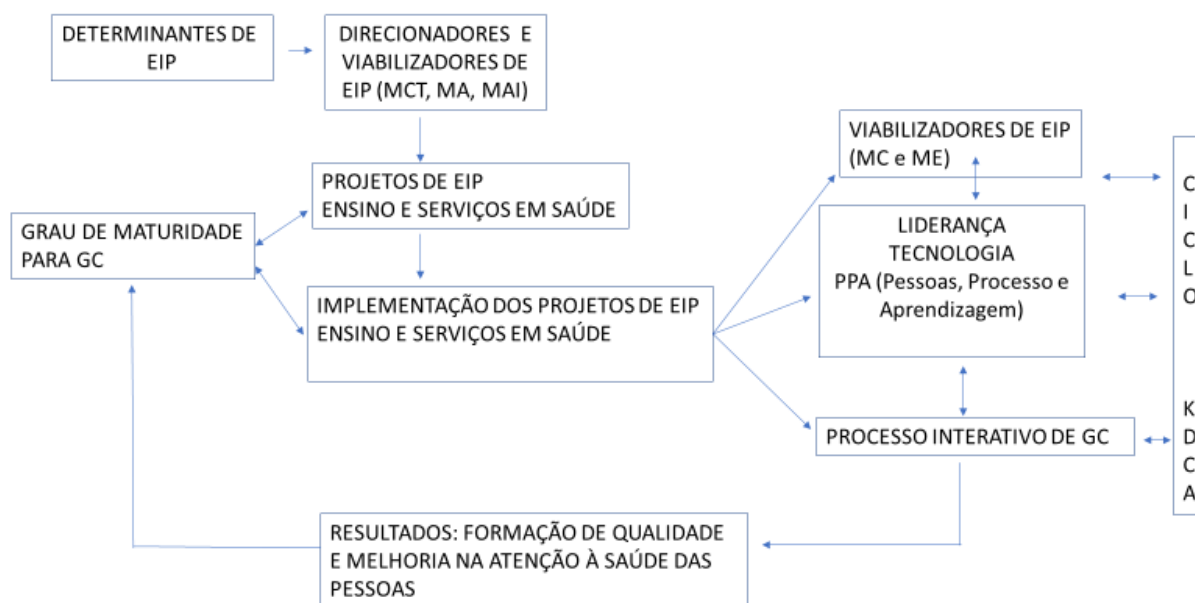
devem ser observados para a implementação da GC em espaços de integração entre o ensino e os serviços de saúde fundamentada na EIP.

No modelo prescritivo há um elemento definido como grau de maturidade. Esse elemento, no modelo de Batista (2012), diz respeito à autoavaliação, que tem por objetivo identificar o quanto a instituição está preparada para implementar e/ou desenvolver a GC. É também o que Martínez (2014) apresenta como pontos que devem ser considerados para o diagnóstico e a definição de direcionadores universitários que possam contribuir na elaboração de um sistema de interação entre universidade e setor externo.

Outros dois elementos que estão inseridos no modelo prescritivo de GC são os projetos de EIP e a implementação deles. Esses elementos caracterizam a individualidade de cada uma das equipes de saúde, nas quais serão desenvolvidas ações de ensino e serviços de saúde, pois cada sujeito, família e/ou comunidade tem suas necessidades específicas e requerem projetos próprios.

Para esse modelo de GC, o grau de maturidade e os projetos de EIP e sua implementação possuem uma relação direta, haja vista o diagnóstico e a autoavaliação significarem os elementos de referência para constante avaliação e reavaliação dos resultados alcançados e proposição de novos projetos de EIP que integrem o ensino e os serviços em saúde.

**Figura 19** – Modelo Prescritivo de GC, fundamentado na EIP, para apoiar a integração entre o ensino e os serviços de saúde



Fonte: Primária (2019)

A figura 19, que representa o modelo prescritivo, expõe os determinantes de EIP como potenciais definidores dos direcionadores estratégicos e viabilizadores de EIP (MCT, MAI, MA) e que vão orientar a elaboração e implementação de projetos integrados entre o ensino e os serviços de saúde. Os projetos, por sua vez, estarão ancorados nos viabilizadores de EIP (MC e ME) e dependerão de liderança, pessoas, processos, aprendizagem e tecnologia. Os envolvidos, de forma interativa, sistemática e cíclica, orientados pelo ciclo KDCA, poderão planejar, implementar e avaliar os resultados na atenção à saúde alcançados (formação de profissionais que saibam atuar em equipes interprofissionais, de forma colaborativa, e melhores resultados na atenção à saúde das pessoas), bem como atingir um nível de maturidade diferente daquele em que se encontravam no início do processo, para que novos projetos possam ser planejados e colocados em prática, de maneira cíclica.

#### 6.4 VERIFICAÇÃO DA ADEQUAÇÃO DO MODELO DE GESTÃO DO CONHECIMENTO AO AMBIENTE DE ESTUDO

A verificação da adequação do modelo de GC refere-se à fase da pesquisa que buscou analisar o modelo proposto e sua relação de sentido e significado para o ambiente do estudo, ou seja, para a integração entre o ensino e o serviço de saúde, no âmbito da Univille e da SES.

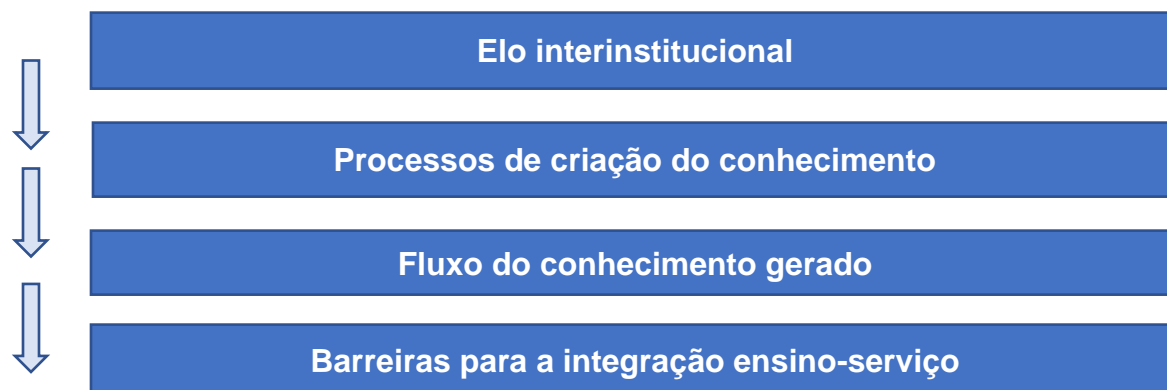
As duas instituições têm uma história de parceria, com mais de 15 anos. Esse histórico teve início com a abertura dos cursos de Farmácia, Odontologia e Medicina, os quais sempre tiveram em seus PPCs registros de intenção de formação de acordo com as políticas públicas de saúde e preparação de profissionais para atuar no SUS, o que corrobora com as DCNs para cada um dos cursos, tanto quanto com o que preveem a Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica n.º 8.080/90, as quais apontam o SUS como ordenador da formação em saúde.

Para verificar a adequação do modelo de GC, realizaram-se entrevistas com coordenadores, professores e profissionais de saúde, conforme descrito na metodologia do trabalho.

Os procedimentos de análise das falas dos participantes possibilitaram identificar as categorias empíricas, unidades de significado essenciais para a compreensão do tema estudado. Estas, por sua vez, foram relacionadas e articuladas com as categorias analíticas (apêndice I), e desse processo de análise emergiram as categorias temáticas, ou temas, que encerram significados mais abrangentes. No apêndice J encontra-se o quadro no qual constam as categorias empíricas e temáticas elaboradas com base na análise das entrevistas.

As categorias temáticas identificadas foram quatro: elo interinstitucional, processos de criação do conhecimento, fluxo do conhecimento gerado e barreiras para a integração ensino-serviço.

**Figura 20** – Categorias temáticas para verificação da adequação do modelo de GC



Fonte: Primária (2019)

A **primeira categoria temática**, elo interinstitucional, diz respeito à aproximação entre as instituições no tocante à integração entre o ensino e o serviço, direcionada pela missão, visão e valores e mediada por viabilizadores de EIP, denominados mecanismos de apoio institucional (MAI), de cultura do trabalho (MCT), ambientais (MA), e também pelo fator crítico de sucesso liderança. O tema foi formulado considerando as falas dos entrevistados que remetem às percepções positivas sobre mudanças/ inovações e de que a integração entre o ensino e o serviço de saúde já ocorre e está ancorada nos PPCs. As falas também apontam que os entrevistados acreditam na EIP para a melhoria da qualidade da formação e melhores práticas de atenção à saúde e destacam que a integração entre o ensino e o serviço incentiva a aprendizagem. As falas direcionam-se ainda para o papel do líder e para os viabilizadores de EIP mecanismos de apoio institucional, de cultura, de trabalho e ambientais como recursos importantes na integração entre a Univille e a SES.

A **segunda categoria temática**, processos de criação do conhecimento, expressa o quanto os processos de criação, organização, registros e disseminação do conhecimento, para tomadas de decisões compartilhadas, são influenciados pela liderança, pela tecnologia e pelos viabilizadores de EIP denominados mecanismos curriculares (MC) e do educador (ME). O tema emergiu das falas que exprimem a preocupação dos entrevistados com a melhoria contínua, além das falas que identificam como ocorre o compartilhamento de informações e experiências entre a Universidade e

a SES. Para composição dessa categoria, considerou-se também que os entrevistados acreditam que o papel da liderança seja fundamental no processo e que, quando as pessoas pensam juntas, significa que querem fazer a diferença e contribuir na melhoria das condições de saúde da comunidade.

A **terceira categoria temática**, fluxo do conhecimento gerado, refere-se à necessidade de definição de um fluxo de conhecimento que articule vários processos de trabalho, para que a integração entre o ensino e o serviço ocorra e resulte em aprendizagens, fomenta a inovação e favoreça a formação de profissionais que saibam atuar em equipes interprofissionais e que tragam resultados na atenção à saúde. O tema foi definido levando em conta a percepção dos entrevistados de que há falhas na comunicação entre a Universidade e a SES e a necessidade de se criar recursos para registro, compartilhamento de informações e experiências adotadas na integração entre ambas as instituições. Nessa categoria foi possível evidenciar a importância do líder para que o fluxo do conhecimento gerado esteja articulado com os processos de trabalho necessários para que a EIP ocorra.

A **quarta categoria temática**, barreiras para a integração ensino-serviço, alude às dificuldades mencionadas pelos entrevistados para construir a integração entre o ensino e os serviços de saúde. Formulou-se o tema com base nas falas dos entrevistados que expressam as barreiras, a exemplo de resistência em compartilhar, necessidade de interação e compartilhamento, dificuldades de colocar as ideias em prática, necessidade de ocupar os espaços e a necessidade de ações sistematizadas para estimular a integração entre os cursos da área da saúde da Universidade e entre o ensino e os serviços de saúde do município.

#### **6.4.1 Categoria 1: Elo interinstitucional**

O elo interinstitucional entre uma instituição de ensino e o serviço público de saúde ocorre por meio de um trabalho coletivo e integrado entre professores e estudantes em formação e as pessoas que atuam nos serviços de saúde, visando à formação de profissionais que saibam atuar em equipes interprofissionais e aos melhores resultados na atenção à saúde (ALBUQUERQUE *et al.*, 2008).



Nesse contexto, o conhecimento que permeia as relações de trabalho perpassa por aspectos gerenciais e operacionais, os quais apoiam e orientam a atuação das pessoas.

Uma das questões que compunha o roteiro da entrevista buscava identificar se os sujeitos reconheciam a importância da integração entre o ensino e os serviços de saúde do município, especialmente na Atenção Básica.

Tal reconhecimento pode ser evidenciado nos trechos das entrevistas com coordenadores:

Está bem consolidado, tanto assim, não sou eu que falo, mas a própria Secretaria de Saúde fala que os cursos da Univille são os que mais têm interagido... Nós já temos uma história com as UBS desde 2000, pois os alunos começaram em agosto de 1998 e, quando eles passaram para o terceiro ano, já começaram a ir para as unidades básicas de saúde, Cubatão, Jardim Sofia, Jardim Paraíso e recentemente já estivemos no Costa e Silva (CC5).

Sim, eu acredito que sim, ela pode não estar muito organizada do jeito que a gente pretende, porque a secretaria também está se reorganizando, mas a gente não deixa de ter o nosso espaço. A nossa inserção enquanto universidade junto com o serviço, e junto com a comunidade, já vem de um bom tempo, então está consolidada, a gente tem um espaço que é nosso na Secretaria de Saúde e que mudando de gestor acaba perdendo certa vantagem, mas a gente nunca vai deixar de ter um espaço (C1).

Também é possível notá-lo no depoimento de professores:

Nós estamos num momento que a gente precisa fortalecer essa relação, porque é uma relação de troca, onde os dois têm que visar a uma qualificação, uma melhoria. Então, eu não sei agora como fazer isso, acho que a gente está tentando, essa proposta da disciplina está tentando fazer, criar essa massa crítica, não que essa massa crítica seja algo “dos bons”, mas é um grupo alinhado que pensa junto e que quer ver fazer uma diferença (P4).

Lá tem um campo de discussão maior, porque é a realidade acontecendo no dia a dia e vai um pouco além da parte específica do profissional, porque tem que explicar para os alunos o funcionamento inteiro da UBS e as interações que é preciso ter com os serviços prestados como um todo (P7).

É... eu acho que é muito importante essa integração ensino-serviço, para o serviço, para a melhoria da qualidade do serviço para população, porque a gente não pode perder qual é o objetivo do SUS. O objetivo do SUS é a melhoria da qualidade de vida da população e que ele seja realmente um sistema único de saúde (P3).

E pode ser confirmado pela fala dos profissionais de saúde da SES:

Então ainda... eu acho que ela está bem consolidada hoje, até porque, quando há um problema, alguma coisa, sempre nos procuram para dialogar, para entender o que está acontecendo (CS1).

Não sei se a gente pode dizer que está consolidada, eu acho que a gente está num processo de construção (CS2).

Eu acho ótimo, eu gosto bastante de trabalhar com acadêmicos, já trabalho desde que vim para cá, desde o segundo ano que estou na equipe de saúde... (PS3).

Além do reconhecimento da importância e necessidade de articulação entre as duas instituições, há o registro de que a integração entre o ensino e o serviço está prevista nos PPCs:

Sim, nós temos o convênio com a Farmácia-Escola, temos os convênios de estágios com a Secretaria Municipal para atendimento nas unidades básicas de saúde e temos algumas ações que são feitas pelos projetos de extensão. Isso está no nosso projeto pedagógico de curso, está relatado no projeto pedagógico, e torna-se uma ação que deve ser executada porque está no projeto (CC1).

O projeto pedagógico voltado para o serviço único de saúde, a filosofia do SUS, essa conversa ficou muito fácil, então todos os processos, todos os acertos burocráticos ficaram muito fáceis... (CC5).

A previsão nos PPCs e a implementação da integração entre o ensino e o serviço são uma exigência das DCNs, as quais apontam competências e habilidades gerais e específicas da profissão, bem como direcionam a formação dos novos profissionais para atuação de acordo com os princípios e as finalidades do SUS.

Outros destaques para as falas dos entrevistados que se referem ao elo interinstitucional são aqueles que relacionam as ações do PET-Saúde/GraduaSUS:

O planejamento é em conjunto. O PET, desde o começo desse ciclo, que se eu não me engano foi 2016-2018, ele sempre foi decidido em conjunto. Nós sempre nos reunimos, os preceptores, Univille, Secretaria, todo mundo junto, para decidir o que nós vamos fazer, "Vamos construir as unidades juntas", então desde o começo sempre foi compartilhado (PS4).

São os alunos, em equipe, que chegam na UBS e acabam mobilizando os profissionais. Eu acho que isso é bem importante, mostrar para as equipes da atenção básica a importância desse trabalho. Então acho que o PET-Saúde faz com que a equipe toda também se mobilize e faça um trabalho em conjunto (PS1).

O PET-Saúde/GraduaSUS é uma proposição do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação que, por meio de políticas públicas, direciona os esforços na perspectiva de maior sincronia, interação e integração entre as partes, ou seja, entre o ensino e os serviços de saúde, com vistas à formação de qualidade e ao cuidado integral em saúde.

Os entrevistados percebem ainda, de forma muito positiva, as mudanças e inovações provocadas pelas ações do PET-Saúde/GraduaSUS e apontam que essas transformações geram inúmeras aprendizagens, conforme pode ser lido nos trechos das entrevistas a seguir:

Sim, sem dúvida nenhuma. Com certeza está conseguindo transpor aquela barreira de só sala de aula e só uma visão de um aspecto. A gente está tendo uma visão multi, está tendo uma atuação interprofissional e está conseguindo sobrepor os muros da universidade já indo lá para o serviço (P2).

A gente está com alunos que pensam diferente do que essa proposta tradicional, então eu gostaria de ter... daí eu senti falta... puxa, eu queria ter alguém, alguém que seja neutro, que não seja do colegiado e que possa olhar essa situação de um outro lugar (CC2).

Se eu tiver prática e teoria, se ele tiver indo primeiro para prática e depois discutir essa prática à luz do referencial teórico, isso aí sim vai fazer efeito, aí sim ele vai entender a lógica desses raciocínios. Tem vários projetos, né, que relacionam vários profissionais da área da saúde e também das outras áreas (P3).

As duas instituições – Univille e SES – tiveram um dos projetos aprovados, para ser desenvolvido entre 2015 e 2017, cujo objetivo era implantar um componente curricular comum para todos os cursos da área da saúde e que as ações previstas para esse componente fossem ancoradas na EIP, tanto quanto desenvolvido em parceria entre ambas.

Os trechos das entrevistas destacados a seguir exemplificam o que significou esse projeto para o elo interinstitucional:

Eu acho que esse Pró-PET, PET, a junção da Área da Saúde. Estou gostando muito de participar, porque para mim isso é inovador e eu tenho muita vontade de ver o resultado... tenho muita vontade de mensurar isso... qual é o impacto na formação do aluno, comparar como são os alunos que não têm essa disciplina ou não tiveram, comparar quem participou do PET com quem não participou.

Porque... eles verbalizam, mas de maneira informal, e eu vejo que formalmente isso vai ter um grande impacto (CC2).

O PET-Saúde aproximou bastante também as duas instituições... a coordenadora está muito dentro da Univille, porque hoje o PET só acontece com a Univille. Então são feitas reuniões... Ela tem várias reuniões, encontros, tanto com os professores lá da Univille como com os preceptores que também aproxima. Então, o PET saúde veio para fortalecer mais... (CS1).

Acho que o PET-Saúde envolve atuação interprofissional. São os alunos com uma equipe bem multiprofissional dentro da unidade e eles acabam mobilizando os demais profissionais. Eu acho que isso é bem importante mostrar para as equipes da atenção básica, a importância desse trabalho. Então acho que o PET-Saúde é um programa que faz com que a equipe toda também se mobilize e faça um trabalho em conjunto (CS1).

Sim, sem dúvida nenhuma a proposta da disciplina, como resultado do PET, está em consonância com a missão, visão e valores da universidade (P2).

Por isso, quando me perguntam como vai ser com a Secretaria, eu digo que seria esse avanço... estou te falando na questão do projeto interprofissional, ter uma visão e uma lógica de registro dos monitores, que no momento não temos (PS5).

Os relatos demonstram o quanto é importante direcionar os esforços com ações que contemplem a finalidade das instituições. Além disso, é necessário que os partícipes estejam cientes das metas, pois, qualquer que seja o modelo de gestão do conhecimento ou alguma inovação, se deve ter claro que o modelo mental do indivíduo que conduz o processo, bem como daqueles que participam, é fator determinante para que novos conhecimentos possam ser gerados (JANNUZZI; FALSARELLA; SUGAHARA, 2016).

Seguindo a verificação da adequação do modelo para o ambiente de estudo escolhido, pode-se evidenciar que o elo interinstitucional é mediado pela liderança e pelos viabilizadores de EIP denominados mecanismos de apoio institucional, de cultura do trabalho e ambientais:

Mas a gente percebe que nos últimos anos, então, mais especificamente nessa última gestão, eu percebi uma maior chamada para um olhar mais diferenciado para o trabalho em equipe (CC1).

No final a gente sempre acaba caindo em gestão de pessoas, que é reaproximar as pessoas para o curso, fazer com que elas gostem de estar aqui, queiram dar aula e se comprometam em dar aula e entendam que a motivação não possa ser só financeira, financeira certamente será a consequência pelo fato de eles entregarem ou serem bons profissionais (CC3).

Integração entre os cursos? Eu creio que sim... Parte disso se dá por causa do PET, que fez com que os professores conversassem mais e as profissões se juntassem e conseguiram conversar, todas com o mesmo propósito. Então eu

acho que isso foi uma coisa bem interessante e algo que no Brasil não existe também (P1).

Desde o ano passado trabalhando com o PET-Saúde, que são alunos não só de Odontologia, mas de outras áreas também, é bastante enriquecedor essa troca, né, de poder trabalhar com profissionais e acadêmicos de outras áreas também (PS3).

A missão, visão e objetivos estratégicos da universidade estão em consonância total com a implantação dessa disciplina integrada... (P2).

Ah, é muito legal. A gente tem as devolutivas na Odontologia, sempre tem, né, a gente participa dos encontros, que são os seminários de final de curso, que eles convidam a unidade, nós estamos sempre presentes. Eu já fui convidada algumas vezes para fazer palestra lá, então existe a troca... né, de retorno disso. Acho que é bem bacana (PS1).

Eu sou extremamente a favor da integração das áreas, de articulação entre os cursos, propostas conjuntas, eu acho que esse é o caminho, a gente tem bons professores ali fazendo esse trabalho, só precisa colocar eles em contato (C1).

Da universidade sim, desde que eu assumi a coordenação do curso de Farmácia, a proposta da universidade foi a de fazer a integração física da área da saúde. Então, no meu primeiro ano de gestão houve essa migração de espaço físico para onde a gente está hoje, aqui na área da saúde. Uma proposta de que os cursos de saúde ficassem próximos fisicamente para que provocassem essa integração curricular. Então desde 2013 a gente já vinha discutindo isso como vontade institucional, e acredito que sim, essa disciplina vem, ela é a precursora da integração curricular, que ela vai abrir portas para outras integrações, e como precursora ela teve um papel importante (C1).

Cada uma das falas representa a importância da liderança, do apoio ao trabalho, da corresponsabilidade na formação e prestação de serviços de atenção à saúde. Constitui também a maneira como as pessoas agem diante do contexto profissional no qual atuam e que pode incentivar a criação, organização e disseminação do conhecimento (BATISTA, 2012).

Além disso, os entrevistados apontam para a possibilidade de integração dos cursos da área da saúde da instituição, indicando que a EIP permeia as discussões entre coordenadores de curso, professores e profissionais da saúde na perspectiva de inserção nos cursos de graduação.

Para o modelo de GC proposto, fortalecer o elo interinstitucional, implementando a cultura do trabalho que privilegie tomadas de decisões conjuntas, produzindo e compartilhando iniciativas de EIP em saúde e práticas colaborativas na Atenção Básica em Saúde, é uma das metas. Tal meta está ancorada nos direcionadores estratégicos e reforçam a importância de se estabelecer um fluxo de conhecimento, de maneira que

as pessoas que atuam na integração entre o ensino e os serviços de saúde, nos diferentes níveis institucionais (Univille e SES), conheçam e compreendam os meios para obtenção das informações, de forma contínua e cíclica (RUSU, 2006), bem como tenham estímulo para criação, organização e utilização do conhecimento (NONAKA; TAKEUCHI, 1997).

Essa proposta corrobora com as ações de EIP, pois, para que a EIP ocorra, pessoas que estão em diferentes funções precisam estar devidamente articuladas e alinhadas por um fluxo de conhecimento e processos de trabalho, para atuação em equipe. E a equipe deve ser composta por profissionais de duas ou mais profissões, que atuam de forma interativa, que aprendem e colaboram, para que juntos possam alcançar a formação de qualidade para atuar com a comunidade, melhorando os cuidados em saúde (BARR, 1998; REEVES *et al.*, 2016).

Portanto, o modelo de GC proposto e que tem como um dos elementos os direcionadores estratégicos estimula a atuação profissional de forma intencional, observando os processos de trabalho, a tomada de decisões compartilhada, de maneira que as mudanças e/ou resultados na atenção à saúde esperados possam ocorrer.

#### **6.4.2 Categoria 2: Processos de criação do conhecimento**

O processo de criação do conhecimento em uma universidade está ancorado no tripé ensino, pesquisa e extensão. Na Univille é nesse tripé que a missão se fundamenta para promover formação humanística, científica e profissional, sempre comprometida com a sustentabilidade socioambiental.

Em relação à SES, os processos de criação do conhecimento também estão na sua missão, mesmo que de forma subentendida, uma vez que a promoção da saúde com humanização e eficiência só será alcançada com práticas ancoradas no conhecimento dos diferentes profissionais que atuam nesse contexto.

A criação do conhecimento pode ocorrer em nível individual e grupal por meio da interação entre o conhecimento tácito e explícito; Nonaka e Takeuchi (1995) caracterizam como espiral do conhecimento, que é constituída por quatro processos: socialização, exteriorização, combinação e internalização.

Ao analisar as falas foi possível identificar que os processos de criação do conhecimento são valorizados pelos entrevistados e que eles ocorrem também na interação entre as duas instituições:

É propor, escutar e motivar os alunos... os professores, né? O corpo docente e o corpo discente por consequência. Mas é mais o corpo docente de novas práticas de inovações, e algumas proposições vêm da visão da liderança (CC2).

Sim, sim, esporadicamente, mas sim, não posso dizer que não acontece, porque tanto eu quanto o professor X, nós somos solicitados a participar junto à Secretaria de Saúde nas capacitações profissionais, a gente treina os profissionais da rede (C1).

A ideia é de receber eles bem e discutir com todos os profissionais do CAPS [Centro de Atenção Psicossocial]. Daí vem enfermeiro, vem médico, vem quem quiser vir do CAPS, terapêutico ocupacional, psicólogo para assistir às apresentações dos resultados na atenção à saúde, e aí temos tentado socializar com eles, discutir mesmo (CC2).

O contexto de valorização da interação entre professores, estudantes e profissionais de saúde reforça a ideia de que o apoio à integração entre o ensino e o serviço possa ser fundamentado na EIP, haja vista aprendizagem e colaboração serem os termos fortes e presentes nas definições de EIP encontradas na literatura (REEVES, 2016; AGUILAR-DA-SILVA; SCAPIN; BATISTA, 2011; PEDUZZI, 2017; OMS, 2010, entre outros). Além disso, a análise das entrevistas demonstrou que todos os processos de conversão do conhecimento (NONAKA; TAKEUCHI, 1997) se fazem presentes na integração entre o ensino e o serviço, alguns com mais e outros com menos ênfase, conforme está evidenciado no quadro 5.

**Quadro 5** – Trechos das entrevistas que exemplificam os processos de conversão do conhecimento

Trecho da entrevista	Socialização	Externa lização	Combi nação	Internali za ção
“O componente Práticas Interprofissionais em Saúde é totalmente voltado para essa parte do aluno enxergar o outro, o que o outro faz, como me comunico com ele e como eu valorizo ele. Eu acho que isso a gente trabalha muito no PET” (CC4)	X			X
“Geralmente é a Secretaria que pede para gente dar capacitação para os profissionais das unidades básicas. Então essa é uma demanda que a Secretaria pediu como contrapartida também, então nós fazemos como se fosse uma educação continuada, só que sobre informações importantes sobre a atuação do farmacêutico, então de orientações, com a própria equipe da saúde da família, e dos nossos	X	X	X	X

professores sempre integrando os alunos com os outros profissionais da área, da unidade básica” (CC1)				
“Porque a gente sempre, volta e meia, tinha iniciativa na capacitação, para explicar o que era o PET, a gente levava para os colegiados, a gente convidou, especialmente no começo, a gente chegou a convidar as pessoas. No começo eu lembro da gente envolvido em outras áreas, assim, na Farmácia a gente convidou áreas que não têm a ver com a saúde coletiva, que não estão nem aí para isso, para tentar fazer o trabalho conjunto nesse contexto, e não deu certo, enfim. Então, o novo seminário que a gente fez há pouco, a participação são sempre os mesmos, enfim. Então não me parece que haja uma iniciativa externa a isso talvez, talvez a gente precise mesmo, porque nós somos as pessoas que estamos ativando, nós precisamos mesmo ofertar mais coisas para fora do grupo” (P6)	X	X	X	X
“Discussão formal acho que não, mas existe troca de experiência certamente...” (P8)	X			X
“Respeitar as posições dos alunos e tentar desconstruir um preconceito que ele tem e levar... de uma forma suave e também que, mesmo que ele queira, tenha uma história na família dele, de esporte especializado e queira trabalhar em um grande clube de futebol por exemplo, que ele absorva o conhecimento e leve para ele, e que ele sabendo que, em determinada situação se ele trabalhar em algum clube e o aluno tiver... ou o profissional tiver uma doença grave, a medicação está disponível ali, o tratamento pode ser feito acolá, por exemplo...” (P7)	X			X
“Tem sim, se você pegar a lista de trabalhos de conclusão de curso (TCC), há vários trabalhos que tem essa visão ampliada de pesquisa, e o Centro Especializado de Odontologia (CEO) trouxe também uma boa contribuição para isso” (CC5)		X		
“Acho que o PET, para quem participa, facilita muito, acho que tem um ganho muito grande em todas as áreas, e consegue entender como o outro faz o estágio, como o outro lida com outras coisas, porque até os processos que a gente usa, pedagógicos ou formulários, textos que a gente trabalha em aula, com os alunos, quando é em momento teórico do PET, tudo isso às vezes é tirado da própria graduação, aí a gente usa com os alunos do PET, então acaba “trocando muito figurinha” (compartilhando). Eu acho que a gente sabe o que o outro está fazendo, mas acho que o PET traz isso, porque quem não participa do PET acho muito difícil que saiba” (CC4)	X	X	X	X
“Se eu tiver prática e teoria, se ele tiver indo primeiro para prática e depois discutir essa prática à luz do referencial teórico, isso aí sim vai fazer efeito... aí sim ele vai entender a lógica desses raciocínios. Então tem todo um trabalho mesmo de prática e teoria que tem que ser feito o tempo inteiro e reflexão... teoria, prática e reflexão o tempo todo!” (P3)				X

Fonte: Primária (2019)

Analisando o quadro 5, verifica-se que o mecanismo de internalização, que contempla a conversão do conhecimento de explícito para tácito, foi o mais citado. Esse mecanismo é caracterizado pelo aprender fazendo, o qual gera conhecimento operacional (NONAKA; TAKEUCHI, 1997), ou seja, constrói habilidades para o



desenvolvimento de ações práticas, que podem ser relacionais ou de conhecimento técnico. É o que Merhy e Franco (2006) classificam como tecnologia leve na área da saúde.

O mecanismo de socialização, que contempla a conversão do conhecimento de tácito para tácito, foi o segundo mais citado. Tal mecanismo é característico de um Ba de criação, quer dizer, de um lugar em que os atendimentos, as simulações, a observação direta, as discussões e/ou rodas de conversas possam resultar em novas experiências (NONAKA; KONNO, 1998).

O mecanismo de externalização, conversão do conhecimento de tácito para explícito, também é identificado nas falas dos entrevistados, especialmente quando eles se referem a capacitações. Outro destaque da externalização são os trabalhos de conclusão de curso (TCC) e os formulários de estágio, os quais correspondem ao compartilhamento de experiências por meio de documentos, para que outras pessoas possam ter acesso. A isso Nonaka e Konno (1998) denominam Ba de interação, ou seja, é o lugar no qual os indivíduos compartilham suas experiências e as convertem em registros que podem ser armazenados, consultados e/ou compartilhados futuramente. Trata-se também de um meio de garantir o histórico das ações realizadas. O mecanismo de combinação, que converte o conhecimento de explícito para explícito (NONAKA; TAKEUCHI, 1997), foi identificado em três trechos das entrevistas incluídos no quadro 5 e está subentendido nas falas que citam as capacitações e os formulários de estágio. O planejamento de cursos, palestras ou seminários abrange a consulta a documentos formulados anteriormente, bem como a explicitação no momento das falas. Outro destaque na análise das entrevistas refere-se ao comentário sobre os formulários. A consulta ao documento elaborado e a adequação para uma nova realidade também caracterizam a conversão do conhecimento de explícito para explícito, pois se apresentam como troca de experiências e criação de novos conhecimentos (NONAKA; KONNO, 1998).

Os entrevistados confirmam ainda que a combinação é uma necessidade eminente para que a integração ocorra. Combinação constitui o mecanismo que garante que o conhecimento coletivo e individual permaneça, pois é o meio pelo qual o conhecimento explícito é registrado e pode ser consultado e/ou disseminado (NONAKA;

TOYAMA; KONNO, 2000), independentemente das pessoas que estão à frente de cada uma das atividades laborais, conforme pode ser lido no trecho a seguir:

São todos por meio de relatórios, é muita pouca coisa, isso é uma grande falha nossa! Nós tivemos algumas coisas recentes em reuniões, muitas vezes tensas, para se decidir alguma coisa e chegar a um lugar-comum, porém ninguém registra nada e fica na base do aperto de mão no final, e aí alguém pergunta como o registro disso está sendo feito agora, quando mudam “as cabeças” lá dentro, cara nós estamos fazendo isso há um ano, daí perguntam mas onde está o registro disso? Não tem (CC5).

Outro destaque para os trechos das entrevistas incluídos no quadro 5 são os Ba, ou seja, os espaços em que a conversão do conhecimento ocorre. Há uma valorização dos processos de socialização, externalização e internalização, que combinam com o Ba de criação, interação e treinamento, respectivamente (NONAKA; TOYAMA; KONNO, 2000). Como exemplo dessa afirmação, citam-se as ações vinculadas ao programa PET-Saúde e ao componente curricular Práticas Interprofissionais em Saúde (PIS), as quais incluem atividades sistemáticas que ocorrem em espaços da Universidade ou da SES e preveem reuniões e/ou encontros presenciais em que há interação e aprendizagem entre pessoas de mais de uma profissão (OMS, 2010; REEVES *et al.*, 2016), que resultam em combinados e/ou encaminhamentos que serão observados pela equipe no desenrolar das atividades, ou ainda nas atividades de ensino, seja em relação ao PET-Saúde ou ao componente curricular PIS. Outro aspecto a ser destacado com base na análise das entrevistas é o papel da liderança nos processos de criação do conhecimento.

Os coordenadores entrevistados apontam essa função como desafiadora. As falas a seguir representam as percepções deles quanto ao seu papel de líder e mediador, para que haja o compartilhamento do conhecimento entre os membros do corpo docente e para que os resultados das ações de cada um dos profissionais envolvidos com o funcionamento dos cursos resultem na sua qualidade:

Então, eu acho que o papel da coordenação é importante, pra que não seja uma ação “de baixo pra cima”, mas que venha uma orientação, “Vocês serão abordados pelo projeto de extensão”, como esse projeto pode se encaixar em sua disciplina. Eu acho que nesse sentido a coordenação do curso sim, como eu já fui coordenador de curso e eu já fiz esse trabalho (C1).

Como o nome diz, como coordenadora a gente tem que coordenar tanto a parte pedagógica quanto a parte administrativa. Então o que eu percebo quando eu assumi a função de coordenação que não era só cuidar da parte pedagógica,

isto é, dos problemas ou da melhoria da qualidade de ensino, mas também algumas particularidades, que é a administração do curso, desde finanças até captação de recursos, e a gente tem captação de recurso como atrativa de novos acadêmicos ingressantes do curso, um desafio muito grande, que é a manutenção do curso (CC1).

Nas demandas que eu levei, algumas, na maioria, eu tive assim uma resposta. Então eu acho que a instituição tem uma preocupação de oferecer sempre um recurso para capacitar melhor o gestor, o coordenador na sua gestão de curso (CC2).

As funções da coordenação e essa permeação política que a gente tem que ter, não só nós, coordenadores, mas a reitoria também, a instituição como todo, e que a gente sabe que é importante e que faz a visibilidade muitas vezes do curso e da universidade, então nesse processo eu sinto falta de poder ter uma dedicação maior, então nesse sentido a retaguarda da universidade é importante (CC1).

Ao analisar esses trechos, que correspondem às falas de coordenadores de curso, percebem-se a preocupação com a busca por diferenciais para os cursos de graduação e o destaque às inúmeras tarefas que devem ser realizadas na função. Além disso, manifestou-se também a importância de perceber apoio institucional, ou seja, de ter com quem discutir e compartilhar as tomadas de decisões. Para tanto, faz-se necessário ter tempo e espaço adequado para que seja possível influenciar e ser influenciado à prática colaborativa prevista na EIP, o que Takeuchi e Nonaka (2008) denominam contexto capacitante.

Quanto ao viabilizador de EIP denominado mecanismos curriculares (MC), que influenciam os processos de criação do conhecimento, estes se referem aos aspectos que orientam a formação de novos profissionais e estão expressos nas DCNs e nos PPCs.

Nas DCNs estão citadas as necessidades de formar profissionais para atuar no SUS, considerando os aspectos de educação em saúde, gestão em saúde e cuidados em saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo (apêndice D).

Quanto aos PPCs da área da saúde na Universidade estudada, o objetivo, o perfil do egresso e as competências esperadas, registradas em cada um deles, incluem a promoção da saúde, prevenção de agravos e cuidados curativos, no âmbito individual e coletivo (apêndice F). Sendo assim há possibilidades de integração curricular, integração

entre o ensino e os serviços de saúde, tanto quanto inserção da EIP, pois, se em cada um dos PPCs está previsto formar para atuar no SUS, o trabalho em equipe, de forma colaborativa, que inclua a comunidade é uma das metas a serem alcançadas ao longo da graduação. Por ocasião das entrevistas, foi possível identificar que em todos os cursos diferentes componentes curriculares obrigatórios sugerem ações nos cenários de práticas vinculados à SES e que há o envolvimento com a equipe de saúde, porém não foram relatados exemplos de ações ou atividades realizadas com estudantes de mais de um curso e/ou profissionais de saúde de diferentes formações que caracterizasse a EIP, embora algumas vezes eles estejam na mesma UBS. Além disso encontrou-se depoimentos nos quais é possível reconhecer a especificidade da formação, em detrimento ao trabalho em equipe, como pode ser observado em um dos depoimentos a seguir:

Sim, sim, porque na realidade quando a gente chega na unidade, isso específico do quarto ano, né, quando chega na unidade a gente faz um levantamento, na realidade a gente solicita que a equipe que vive a realidade lá faça um levantamento das famílias, das vulnerabilidades sociais. Então aí já é a parceria com a unidade, tanto com a área de saúde bucal como com os agentes comunitários, pois são eles que conhecem quem são as famílias, então obrigatoriamente implica a gente já ter essa aproximação com os profissionais. Nós fazemos visitas domiciliares, inicialmente é sempre o agente comunitário que nos conduz, depois que a gente pega o caminho, a gente já vai sozinho, mas o vínculo sempre fica, né, o agente comunitário, a equipe de saúde bucal, o enfermeiro, porque precisa, então a gente termina fazendo um elo com a equipe (P4).

Eles vivenciam mais a parte médica, no entanto nesse ambiente de multiprofissionalismo eventualmente eles acompanham procedimentos, mas a função deles é mais voltada para o profissional médico (P8).

Por outro lado, as ações feitas baseadas na proposta enviada ao Edital PET-Saúde Gradua/SUS no ano de 2015 tiveram a participação de professores, estudantes e profissionais de saúde dos seis cursos de graduação da área da saúde da Universidade. As ações e atividades contemplaram estudos e experiências práticas para a construção de um componente curricular obrigatório, compartilhado entre os seis cursos de graduação da área da saúde da Universidade e que seria inserido nos PPCs e nas matrizes curriculares de todos os cursos. O componente recebeu a denominação de Práticas Interprofissionais em Saúde (PIS).

Por ocasião das entrevistas esse componente estava em fase de planejamento. No quadro 6 podem ser lidas as falas que destacam a experiência da construção das PIS.

**Quadro 6** – Trechos das entrevistas que destacam o movimento de construção do componente curricular comum – PIS

Coordenadores	Professores	Profissionais de Saúde
“... Ficou muito difícil a gente inserir [o componente PIS], tanto é que tivemos que tirar horas de outras disciplinas para poder compor a carga horária dessa disciplina, que vai entrar em vigor agora em 2018” (CC1)	“A missão, visão e objetivos estratégicos na Universidade estão em consonância com a implantação dessa disciplina... em consonância total” (P1)	“Eu acredito que agora, ainda mais com a implementação da disciplina [PIS], isso vai crescer muito. Eu acredito que os alunos, vendo a teoria na Univille, quando eles chegarem aqui e verem a prática, eles vão fazer muita associação, vão gostar muito” (PS4)
“Eu tive muita dificuldade e, por final, mais dificuldade ainda, porque eu falei que essa mudança de matriz curricular teria que passar no colegiado e no nosso curso; havia três anos que não tinha uma reunião do colegiado” (CC3)	“Existe um projeto agora de uma disciplina que é multiprofissional, mas ela não iniciou ainda na grade curricular, né, então é um projeto de todos os cursos da saúde, com uma disciplina teórico-prática que deve entrar em vigor em 2018 ou 2019, que tem outras professoras responsáveis, que isso já foi apresentado na reunião de colegiado, né, e que todos os grupos da saúde formaram grupos multiprofissionais pra fazer esse trabalho multi e interdisciplinar” (P8)	“Quanto mais alunos têm contato com o cuidado ao usuário, na questão da promoção da saúde, que é o foco principal, mais percebemos a necessidade de ter um trabalho multidisciplinar, que envolva todas as categorias, os diferentes olhares, cuidados e abordagens” (PS5)
“Se a gente quiser um diferencial, então a Univille procura e busca isso, eu acho que a gente precisa de alguma disciplina integradora, comum para todos os cursos” (C1)	“... 2018 nós não temos mais esse projeto – PET-Saúde, mas nós vamos ter disciplina comum. Mas eu acho que isso não pode se apagar, entendeu, porque enquanto PET a gente tem um corpo, depois que virar disciplina, cada um na sua caixinha. Embora a gente tenha..., mas isso não pode enfraquecer, porque a gente vai precisar estar conversando ainda” (P1)	
“A medicina está muito inserida na rede, porque tem uma quantidade de carga horária prática muito grande e eu acho que vai ganhar mais autenticidade se realmente a	“Bem, empurrar o aluno para essa multiprofissionalidade, de você saber que a tua ciência não vai dar conta sozinho, tem a multi, tem a interprofissionalidade, né, mas	

gente propuser uma disciplina que integre e a gente praticar integração nesses cenários de atuação” (CC3)	eu acho que já é um baita empurrão, e de você ver assim que a pessoa tem um problema, mas que muitas vezes esse problema vai esbarrar no aspecto social... Às vezes até na habitação, então nas várias secretarias, se a gente pode chamar assim, já dá uma boa visão, e como a gente tem trabalhado com os temas transversais nessa disciplina” (P5)	
“Nós temos que solidificar essa ideia agora de integração” (CC5)		
“A implantação da disciplina é um movimento que vai incentivar o trabalho interprofissional...” (CC2)		

Fonte: Primária (2019)

Analisando os trechos das entrevistas constantes do quadro 6, verifica-se a importância dos macrodeterminantes na construção de mecanismos curriculares de EIP e no estímulo à criação do conhecimento, pois a construção e a implementação obrigatória das PIS nos PPCs se deu, conforme já mencionado, a partir do Edital PET-Saúde Gradua/SUS.

Tal experiência fortaleceu a percepção dos entrevistados em relação à importância da integração entre o ensino e os serviços de saúde na formação de novos profissionais, bem como a necessidade de educação permanente, conforme pode ser evidenciado nas falas de professores (P1, P8, P5) e profissionais de saúde (PS4, PS5, PS6) transcritas no quadro 6.

Os trechos das entrevistas que estão no quadro 6 também evidenciam um Ba (NONAKA; KONNO, 1998) importante, em que os diferentes processos de conversão do conhecimento (NONAKA; TAKEUCHI, 1997) ocorreram e os macrodeterminantes foram decisivos para potencializar a criação e a utilização dos conhecimentos, sejam eles técnicos ou operacionais. As ações previstas para o desenvolvimento do projeto previam mudanças em relação às edições anteriores, e uma delas foi a exigência de que a coordenação geral do projeto fosse exercida por uma pessoa vinculada à SES (SGTES, 2015). Essa exigência incentivou que os diferentes processos de conversão do

conhecimento (socialização, externalização, combinação e internalização) acontecessem e reforçou o compromisso do serviço de saúde com as instituições formadoras, no sentido de valorizar a inserção dos estudantes de graduação nos cenários de práticas do SUS e da formalização da integração entre o ensino e o serviço por meio de convênios e dos Contratos Organizativos de Ação Pública de Ensino-Saúde (COAPES).

Outro aspecto a ser destacado das falas que estão no quadro 6 é que a inserção de mecanismos curriculares de EIP obrigatórios e que preveem o compartilhamento de ações entre diferentes cursos de graduação de uma mesma Universidade, além da integração entre o ensino e o serviço, é difícil de ser implementada, pois exige negociação, desprendimento, acreditar em algo novo e querer inovar. É o que se evidencia nos trechos das entrevistas que estão no quadro 6 (CC1, CC2, CC3, CC5, C1).

O estudo de Silva (2014) apresentou em seus resultados a necessidade de investimento da instituição formadora para implantação de propostas de articulação das unidades de ensino e flexibilização curricular para implementação de EIP, o que no presente estudo já se percebe como avanço, uma vez que houve um movimento muito intenso e expressivo por parte da instituição e dos serviços de saúde para incluir um componente curricular obrigatório para os seis cursos de graduação na área da saúde da Univille.

Os estudos de revisão sistemática, cujos tópicos principais estão apresentados no apêndice B, de Riskiyana, Claramita e Rahayu (2018); Guraya e Barr (2017); Reeves *et al.* (2016); Kent e Keating (2015); Olson e Bialocerkowski (2014); Lapkin, Levett-Jones e Gilligan (2011) e Reeves *et al.* (2010), apontam que a EIP tem um impacto potencial no aprimoramento do trabalho interprofissional e na competência colaborativa, tanto quanto na qualidade do atendimento e dos cuidados em saúde. Além disso, os estudos citados demonstram satisfação dos alunos, melhora nas suas atitudes e comportamentos. Os autores também destacam que a EIP pode exigir que os estudantes olhem além de sua própria área de atuação, facilitando uma melhor consciência do papel e dos serviços que outras profissões oferecem. Essas considerações dos autores indicam a EIP como um grande potencial de avanço na formação de qualidade, tanto quanto na melhoria dos serviços de saúde prestados, o que enfatiza a importância da integração entre a

Universidade e a SES para que as metas de cada uma das instituições possam ser alcançadas de acordo com os seus direcionadores estratégicos (missão, visão e valores).

Quanto ao viabilizador de EIP denominado mecanismos do educador (ME –OMS, 2010), que influenciam os processos de criação do conhecimento, trata-se dos elementos que se referem à possibilidade de professores ou profissionais de saúde incentivarem a aprendizagem sobre os outros, com os outros e entre si, de forma interativa, estimulando a colaboração, conforme prevê a EIP (REEVES *et al.*, 2016). As ações de EIP poderão ocorrer se houver treinamento, apoio institucional e compromisso gerencial, ou seja, elementos que favorecem a atuação dos multiplicadores nos processos de EIP.

Na entrevista com os coordenadores (CC1, CC2, CC4, CC5) dos cursos da área da saúde, os mecanismos do educador foram evidenciados por meio das percepções no tocante às capacitações e possibilidades de integração entre as ações dos diferentes cursos, seja nos espaços físicos ou por intermédio de ações ou componentes integrados. Em relação aos professores (P3, P5, P6, P7), os trechos das entrevistas se referem às ações adotadas no ensino e nas capacitações oferecidas e cursadas. Os profissionais de saúde (PS6, PS4) mencionam sobre sua experiência como preceptores e com programas de capacitação e valorizam a comunicação com os professores da Universidade como recurso de capacitação/aprendizagem. Trechos das entrevistas que permitiram tal análise estão inseridos no quadro 7.

**Quadro 7** – Trechos das entrevistas que destacam o mecanismo do educador

Coordenadores	Professores	Profissionais de Saúde
“Eu sei da medicina, porque eu acompanho muito aqui no departamento e a odonto por causa do PET, né. Então, como tenho contato com as professoras, e eu sei que eles têm inserção, acho que desde o primeiro ano eles vão para o postinho, vão com as professoras e tal, eu acabo sabendo desses contatos, e da farmácia por causa da Farmácia-Escola, mas não é	“Nós temos alguns momentos com a psicologia de trabalho, de desenvolvimento, de saber como é que as pessoas do território, de cada território vivem, a realidade local mesmo, e aí a gente faz um estudo, uma manhã de estudos e de discussão com os alunos da odontologia e da psicologia. Esse é um momento interprofissional. E seria um diagnóstico coletivo ali, daquele local” (P3)	“Acho que nesse processo que participei do PET, a comunicação em todos os momentos que tive com os professores, a gente teve uma boa comunicação e eu me senti valorizada, eu senti a minha prática valorizada” (PS6)



atenção primária também, acho que aqui é atenção secundária, então, acho que um pouco” (CC4)		
“Meu papel como gestor basicamente foi não desvirtuar o nosso projeto pedagógico, porque, apesar de o projeto pedagógico ser avançado e focado na multidisciplinaridade, na vivência da saúde fora dos muros da Universidade, também dentro, mas principalmente fora, ainda todos os professores foram formados no modelo antigo, centrado em especialidades, focado em tratamentos específicos e não no paciente. Então ficou muito fácil para mim, porque minha formação toda foi feita já visando e focando isso, e eu fui seguir literalmente a cartilha do nosso PPC e fomos modificando isso...” (CC5)	“Foram feitos uma comemoração e um seminário conjunto, e ali nós tínhamos mais de 300 pessoas, da Secretaria de Saúde, alunos, todos juntos. Depois disso realmente, onde nós apresentamos várias experiências, nós tivemos muito mais profissionais de saúde querendo ser preceptor. O que saiu nos anais desse seminário é que todas as Unidades gostariam de ter preceptores e alunos do projeto inseridos. Então, quer dizer, a disseminação foi grande e, por exemplo, nos cursos da saúde nós temos que fazer todo ano; quando abre vagas para o PET nós temos que fazer uma listagem mesmo e fazer uma seleção desses alunos, porque sempre tem mais do que o número de vagas” (P3)	Essa questão da proximidade dos professores com o preceptor, a gente não tem uma formação voltada para a metodologia de ensino: agora eu tive essa oportunidade, mas tem preceptor que não teve. Acho que essa proximidade com a academia fortalece, a academia perto da prática e a prática perto da academia, é uma troca bem interessante, eu acho” (PS6)
“Geralmente é a Secretaria que pede para a gente dar capacitação pros profissionais das unidades básicas, então essa é uma demanda que a Secretaria pediu como contrapartida também. Nós fazemos um, como se fosse uma educação continuada, só que sobre informações importantes sobre a atuação do farmacêutico, então de orientações, com a própria equipe da saúde da família, e dos nossos professores sempre integrando os alunos com os outros profissionais da área, da unidade básica” (CC1)	“Acho que muitas coisas têm sido assim, para o aprimoramento individual, mas eu não sei se é uma característica dos professores da Univil; como ela já é mais solidificada, às vezes é mais fácil você tirar o pessoal do individual para trazer para o coletivo, né, mas eu não sei, eu participo sempre, mas não sei se tem esse apelo para a equipe, aí eu não sei te dizer” (P5)	“Acho importante que o preceptor seja constantemente capacitado, reciclado, orientado, acho que isso é pra qualquer profissão, mas, como a gente está muito voltado para a prática, a gente precisa de atualizações constantes” (PS6)
“Eu não participei de muitas profissionalizações docentes também” (CC4)		“Nós entramos em contato com os NASFs de outras cidades. E a gente, infelizmente, não teve nenhum exemplo para seguir. Porque os de fora também iam para o caminho mais ambulatorial, de papel, de chegar, de agendar e tal. Então foi uma luta realmente... a gente com a gente, não teve

		nem como dizer: “cidade tal faz igual a gente tá fazendo igual”, não...” (PS4)
“As capacitações docentes mais pedagógicas, eu participei de algumas poucas, umas eu gostei, outras eu achei não muito aplicável para o dia a dia, mas essa de <i>coaching</i> eu estou amando, eu estou encantada. São vários temas, a cada encontro, assuntos diferentes” (CC4)	“Eu tenho essa preocupação também de trazer o pensamento científico desde o começo para os alunos. E também em uma perspectiva interdisciplinar” (P8)	
“Determinadas unidades básicas, o farmacêutico ele não gosta de ensinar, ele não gosta de dar atenção para estagiário e, portanto, a gente não pode mandar aluno para lá, porque não vai ser agradável nem para o farmacêutico nem para o aluno” (CC1)	“... os estágios ainda são profissionais, uniprofissionais; a gente só pensa em estágio do farmacêutico, no local onde tem um profissional farmacêutico, não existe a regra de a gente ter estágio dentro de uma equipe multiprofissional” (P6)	
“Eu acho que dos coordenadores sim, dos professores eu não vi muitas capacitações que estivessem voltadas a regimentar os professores em trabalhar em equipe” (CC1)	“Se ninguém fizer sua proposta de capacitação, passa batido. Eu acho que deveria ser uma coisa institucionalizada e uma política institucionalizada na Universidade, a questão da interdisciplinaridade; ter realmente uma coisa mais modular, não uma coisa de oito horas, se for uma necessidade essa percepção de trabalho interdisciplinar, pela Universidade” (P7)	
“Eles [os professores] têm interesse pelo curso, eles têm uma visão pedagógica, eles sabem que se tornarão mais professores do que dentistas, têm uma responsabilidade por estarem dentro da Universidade” (CC5)		
“Nós sempre fomos capacitados junto com pessoas de outros cursos, e uma das angústias, não só minha como de outros professores, era que nós íamos lá para discutir o tema, mas não conseguíamos discutir entre a gente: a gente trocava ideias no momento do café do intervalo, e que esses momentos eram ricos de		

conhecimento do outro, e que esse conhecimento do outro é essencial pra que a gente pense multiprofissional” (C1)		
“Não, não teve... entre profissionais do SUS e professores não teve capacitação [conjunta]” (CC2)		

Fonte: Primária (2019)

De acordo com os trechos das entrevistas incluídos no quadro 7, é possível inferir que existem programas de capacitação que ocorrem tanto na Universidade quanto no serviço de saúde. Esses programas são fundamentais para produção e difusão do conhecimento (STEFANO *et al.*, 2014) e precisam ser institucionalizados, pois as ações serão realizadas pelas pessoas, que precisam ter a oportunidade de participar das definições dos processos e aprender sobre eles. Nesse sentido, a comunicação, o compartilhamento e a colaboração tornam-se essenciais nos processos de GC para que os resultados esperados possam ser alcançados.

Outro destaque relativo aos mecanismos do educador de EIP e que pode ser evidenciado nas entrevistas é a preocupação com a perda de vínculo entre as pessoas que fizeram parte das ações previstas no projeto PET-Saúde/GraduaSUS, aprovado na edição 2015, como pode ser percebido pela fala do entrevistado P1, o qual menciona que “enquanto PET a gente tem um corpo”. O mesmo entrevistado evidencia preocupação de manter esse “corpo”, mesmo depois que as ações previstas no projeto PET finalizem (o componente curricular tornou-se obrigatório e terá continuidade, independentemente da aprovação de um novo projeto PET), como pode ser lido no seguinte trecho: “... isso não pode enfraquecer, porque a gente vai precisar estar conversando ainda” (P1). As falas reforçam a influência do mecanismo do educador nos processos de criação do conhecimento e também na formação de multiplicadores de EIP. Esse mecanismo inclui autotreinamento, apoio institucional e compromisso gerencial (OMS, 2010), fatores que influenciam os processos de criação do conhecimento.

Por fim, em um ambiente de interação entre duas instituições, os conhecimentos tácito, explícito e cultural (PROBST; RAUB; ROMHARDT, 2002) permeiam as relações interpessoais nas quais a atividade laboral está incluída. Essa interação demonstrou

contribuição para que os processos de conversão do conhecimento ocorram. Para tanto, são necessárias ações sistemáticas e intencionais, de maneira que os sujeitos envolvidos se sintam incluídos, valorizados e responsáveis por adquirir, criar e compartilhar o conhecimento (TAKEUCHI; NONAKA, 2008).

#### **6.4.3 Categoria 3: Fluxo do Conhecimento Gerado**

Na integração entre o ensino e o serviço, os processos de trabalho iniciam-se nos desdobramentos das políticas públicas de ensino e saúde, as quais para EIP são consideradas macrodeterminantes (D'AMOUR; OANDASAN, 2005). É por meio das políticas que as duas instituições estabelecem suas metas, que são registradas no Plano de Desenvolvimento Institucional (PDI) e no Plano Municipal de Saúde, considerados mesodeterminantes. Cada um dos documentos apresenta também a maneira como a instituição é organizada e de onde provêm os recursos para desenvolverem as ações, sejam compartilhadas ou não.

No ambiente escolhido para o estudo, os mesodeterminantes são operacionalizados pelos coordenadores de curso, orientados pela Reitoria e com a colaboração do Núcleo Docente Estruturante (NDE) e colegiado do curso. Cada uma dessas instâncias institucionais tem papel decisivo para que o fluxo do conhecimento seja criado, organizado e compartilhado e resulte em aprendizagens, fomenta a inovação e favoreça a integração entre o ensino e o serviço.

De acordo com os entrevistados, é importante capacitar os coordenadores de curso, para assumirem essa função. Todos aqueles que iniciam na função de coordenador de curso encontram dificuldades de realizar a gestão do curso, em razão da falta de experiência no cargo. Os trechos das entrevistas a seguir ilustram tal afirmação:

Hoje, como coordenação, estou conhecendo muito, cada semana eu conheço atividade que é do coordenador e que eu não sabia que era do coordenador e que de repente dizem que eu tenho que deliberar. Mas eu estou, agora depois de seis para sete meses, um pouco mais confortável com a situação (CC3).

Eu estou ainda me ambientando muito de quais são as funções de um coordenador de curso da graduação, em especial a medicina (CC3).

Os primeiros meses foram muito ruins, porque eu não conhecia nada do processo e para mim faltou também uma transição (CC3).

Coordenar um curso é bem diferente, bem inovador e é muito complexo. É muito diferente de como eu imaginava, desafiador. Estar inserida hoje dentro de um sistema educacional é muito diferente do que estar num ambiente de saúde (CC4).

Eu demorei um ano, eu sofri em vários processos, então eu sinto que demorei um ano para cair a ficha do que eu realmente tinha que deixar, levar como importante e coisas que não eram tão importantes e que eu estava fazendo porque não precisava, e não tinha ninguém pra me direcionar e para me falar “Faça isso, não faça isso, isto está errado, isto está certo” (CC4).

Eu vejo meu trabalho muito como sendo mediador. Isso é uma gestão mais... tenta ser uma gestão mais aberta (CC2).

A formação dos profissionais que assumem a coordenação dos cursos direciona-se para a docência ou para a especialidade na sua área de formação. Esses profissionais têm pouca ou nenhuma experiência na área de gestão educacional, o que sugere a necessidade de capacitação para assumir a função. As capacitações possuem um papel fundamental, pois, por meio delas, poderia ser disseminada de maneira sistemática a importância de criar, organizar, registrar e divulgar o conhecimento e os benefícios da GC (BATISTA, 2012).

Outro destaque na análise das entrevistas é o que os coordenadores de cursos apontam em relação à integração da área da saúde. Há consenso entre eles de que a integração física aproximou muito os cursos, porém ainda não foi suficiente para que haja o conhecimento e o reconhecimento dos potenciais de integração para que a EIP ocorra, independentemente do componente curricular que foi inserido na matriz de cada um dos cursos de graduação da área da saúde. Essa análise partiu de falas que estão registradas nos quadros 6 e 7, além dos trechos inseridos a seguir e que correspondem às respostas relativas às questões que buscavam saber se há o reconhecimento do seu papel de líder para promoção da GC, na integração de processos que poderia desencadear a GC e na formação interprofissional em saúde.

Acho que a gente trabalha um pouco no NDE, algumas ações que a gente tem que fazer com outros cursos, até de trocas de disciplinas e tal, mas no colegiado não, a não ser no PET, né, que traz, e através do PET que a gente trabalha as questões do grupo em si. Mas, como no curso nós temos vários professores de

outros cursos, eu acho que não com esse tema específico, embora sempre acabe ocorrendo troca de experiência de um curso para o outro, e acaba sendo bem rico para o curso (CC4).

Eu acho que a Universidade ainda deixa muito a desejar em relação a ações comuns das diferentes áreas da saúde; nós poderíamos realizar aqui, sem dúvida, alguns trabalhos mais voltados para integração das áreas, nós praticamente não temos isso. Por exemplo, a odontologia tem um plantão de saúde no bairro tal, por que não participam enfermagem, educação física, psicologia, medicina? (CC5).

Os depoimentos refletem o pensamento de coordenadores, que esperam o apoio institucional para realizar ações de integração e valorizam a possibilidade de ações conjuntas, destacando aspectos relacionados à aprendizagem que certamente ocorre.

Quanto aos coordenadores entrevistados e vinculados à SES, um dos entrevistados destacou:

Eu coordeno toda a área, então são várias frentes. Dentro da área que a gente tem, é a X e o X, a gente chama que é uma frente de organização do processo de formação. E aí entram todas as instituições de ensino, não só a Univille, então todas as instituições de ensino, tanto de nível técnico até graduação e programas de residência que agora a gente vem organizando o processo junto com o X. Agora a X está com o PET e ela sempre está trazendo: “O PET está assim, está funcionando assim, está caminhando assim”. Já estamos pensando na questão da organização da disciplina integrada, como que a gente vai organizar esse processo e aí todo o desenvolvimento do cenário de prática. Agora a gente já começa a pensar o planejamento do primeiro semestre de 2018.

Quando eu entrei na Secretaria de Saúde, em 2007/2008, nós não tínhamos nada organizado em relação a estágio. Não tinha uma área específica que cuidava disso. Então começou a se ter essa preocupação, porque era tudo muito solto, de ambas as partes. Desde o processo de integração, organização, entendimento do que é um processo de formação no SUS, dentro da Secretaria da Saúde, desde a documentação legal que a gente também precisa se preocupar com isso. O aluno ele é o aluno, ele não é um profissional de saúde, ele precisa ter uns cuidados dentro de um serviço.

Assim, outra coisa que depois a gente viu a necessidade. Claro, a gente tinha conversas individuais, mas a gente viu a necessidade de criar a comissão – a CISE –, que foi muito importante também para a gente começar a conversar e talvez criar estratégias no conjunto, e não ficar só no individual com aquele curso, aquela instituição, mas olhar também por um todo a formação do município em si. Eu acho que essas aproximações foram válidas, isso a gente não tinha, a gente começou a melhorar ali em 2011, 2012, que a gente começou com essas aproximações (CS1).

Os trechos destacados permitem inferir que existe a preocupação em organizar os processos de trabalho para que o fluxo do conhecimento seja conhecido e observado pelas lideranças e que elas sejam responsáveis por disseminá-lo entre seus pares, a fim

de que a integração entre o ensino e os serviços de saúde ocorra evitando ao máximo os ruídos que podem acontecer.

No contexto de interação entre os coordenadores das duas instituições, pode-se evidenciar um espaço para o que Takeuchi e Nonaka (2008) denominam de flutuação e caos criativo. Esse é um espaço em que podem ocorrer tensões ou necessidades de mudanças, as quais requerem compromissos de todos para encontrar soluções e novos caminhos. As soluções serão encontradas se houver no ambiente pessoas abertas, disponíveis e flexíveis.

Quanto à interação entre os professores e os profissionais de saúde, as entrevistas demonstraram que é preciso fazer reuniões frequentes e capacitações para que o fluxo do conhecimento seja conhecido e observado por todos e para que as metas sejam alcançadas e os resultados evidenciados, tanto na formação quanto no cuidado integral à saúde, como se observa nos textos seguintes:

Duas instituições, a gente tem que ter um jogo de cintura grande, porque você não pode deixar de fazer assistência e bloquear a agenda e teu tempo por causa do ensino, né? E o ensino tem que ser integrado de uma forma que não prejudique a assistência, então há um jogo de cintura constante; aqui a gente sempre teve uma equipe muito boa e compreensiva em relação à presença dos alunos, atuação dos alunos, respeito, convivência, isso já é ótimo (PS9).

Essa é a minha maior bronca aqui em Joinville, que eu costumo falar. Porque eu fiz um projeto faz uns cinco anos atrás, ou seis, a gente fez um trabalho de reunião de equipe para o nosso trabalho dar resultado. Mas por que deu resultado? Porque a gente tinha uma proposta de reunião de equipe, então semanalmente, uma vez por semana, a gente se reunia para fazer os estudos em equipe, toda a equipe, interdisciplinar, fazer os estudos, ver os casos problema, fazer o diagnóstico dos nossos problemas e a intervenção (PS1).

Mediante a análise das entrevistas depreende-se que, se houver um fluxo de conhecimento definido e conhecido pelas pessoas, há uma maior possibilidade de que a integração entre o ensino e o serviço resulte em aprendizagens e fomenta a inovação, favorecendo a formação de profissionais que saibam atuar em equipes interprofissionais e os resultados na atenção à saúde.

Além disso, a análise das entrevistas permite dizer que a integração entre o ensino e o serviço exige diálogos e acordos definidos e conhecidos pelas pessoas, de maneira que se defina um fluxo de conhecimento e de processos de trabalho que incluam criação,

organização, registros e disseminação do conhecimento, previstos na GC, para que assim seja possível alcançar os objetivos estratégicos.

Um dos recursos que poderia potencializar e contribuir para o fluxo do conhecimento gerado é a tecnologia. Neste estudo o uso de tecnologias duras (MERHY; FRANCO, 2003) apareceu como uma barreira, conforme pode ser evidenciado na apresentação e discussão da próxima categoria temática. Quanto à adoção de tecnologias leves e leve-duras (MERHY; FRANCO, 2003), estas puderam ser evidenciadas em momentos de capacitações, reuniões, rodas de conversas, entre outras possibilidades, que dependeram das circunstâncias, conforme pode ser verificado na apresentação e discussão da categoria temática processos de criação do conhecimento.

#### **6.4.4 Categoria 4: Barreiras para a integração ensino-serviço**

Ao abordar o tema integração entre o ensino e os serviços de saúde ou qualquer outro que envolva integração e responsabilidades por desenvolver as propostas e ações, haverá potencialidades e fragilidades, conforme pode ser visto na literatura (SUNGUYA *et al.*, 2014; KARAMITRI; TALIAS; BELLALI, 2017). Essa condição faz parte dos processos de aprendizagem e normalmente é entendida como desafios, os quais movem as pessoas em busca de soluções ou inovações que possam superar as possíveis dificuldades encontradas.

Quando se trata da integração entre o ensino e os serviços de saúde fundamentada na EIP, existem inúmeras instâncias que, articuladamente, devem se comunicar para que as pessoas que vão desenvolver as ações de EIP propriamente ditas (professores, estudantes e profissionais de saúde) tenham o entendimento da proposta e o suporte necessário para que os resultados na atenção à saúde possam ser alcançados. Esses resultados dizem respeito à formação de profissionais que saibam atuar em equipes interprofissionais e aos cuidados integrais em saúde para a população em geral.

A revisão sistemática de Sunguya *et al.* (2014) examinou os desafios na implementação da EIP e listou dez barreiras (currículo, lideranças, recursos, estereótipos



e atitudes, variedade de estudantes, conceito de EIP, ensino, entusiasmo, jargões profissionais, acreditação) encontradas durante a implementação da EIP, além de possíveis estratégias para superar os desafios. Os desafios listados pelos autores corroboram com as falas dos entrevistados do presente estudo, sobretudo os desafios relacionados à liderança, aos estereótipos e atitudes, ao conceito, à metodologia e aos programas de EIP.

Para os direcionadores estratégicos, a barreira apontada está diretamente vinculada às instâncias de gestão superiores, as quais não têm definidos a missão, a visão e os valores comuns para integração entre o ensino e o serviço, que direcionariam os esforços e o estabelecimento de metas que pudessem favorecer o alcance dos resultados de ambas as instituições.

Compreende-se que a IES, neste caso a Universidade, tem a função específica de formação de qualidade, ancorada na indissociabilidade entre o ensino, a pesquisa e a extensão e nos princípios e finalidades do SUS (conforme os documentos DCNs; PDI e PPCs). No que concerne à SES, sua finalidade específica está diretamente relacionada à melhora dos indicadores de saúde da população, mas, como previsto na Lei Orgânica n.º 8.080/90, é também o ordenador da formação.

A visualização dessa barreira, em associação com o trabalho de Sunguya *et al.* (2014, apêndice B) e com o modelo de GC proposto neste estudo, pode ser verificada nas falas dos entrevistados a seguir:

Incentivo a gente sempre vai ter o discurso de que é para fazer..., mas isso às vezes na prática não se aplica tanto (CC3). – *estereótipos e atitudes*

Por conta de uma realidade do município e dessa resistência [receber estudantes do curso de Psicologia nas UBSs], a gente não continuou... daí mudou o profissional, e aí a gente também não deu continuidade para essa proposta, porque ficou bem assentado nos CAPSs (CC2). – *liderança, acreditação*

E projetos de valorização, sei que a disciplina é nova, está para começar agora, mas não há, até onde a gente está acompanhando ainda, uma proposta de valorização deste profissional que está se propondo a receber os alunos, não precisa ser exclusivamente um valor financeiro, mas às vezes uma bolsa de estudos, um financiamento por participação de um congresso, que sirva de motivação, alguma coisa que sirva de motivação para aquele profissional estar desempenhando essa atividade, acho isso importante (PS6). – *estereótipos e atitudes, ME*

Secretaria está se fechando muito agora nessa nova administração deles, eles estão olhando muito para dentro, não olham mais para fora como olhavam nas administrações passadas, então nós estamos com sérios problemas, acho que falta um pouco dessa visão de olhar para fora da Secretaria (CC5). – *estereótipos e atitudes, MA; conceito e metodologia de programas de EIP*

Sabe, nós precisamos, em algum momento se perdeu, a Prefeitura perdeu o compromisso da relevância da Universidade, a Prefeitura, a Secretaria Municipal de Saúde, não sei se é a secretaria ou os assessores dela ou até mesmo o prefeito... se perdeu essa noção de que a saúde é um todo, formadora, executora, e a parte de preservação toda (CC5). – *estereótipos e atitudes, MA; conceito e metodologia de programas de EIP*

Algumas decisões, assim que a gente principalmente no enfrentamento com determinados professores eu gostaria de ter; assim, uma parceria um pouquinho mais estreita da Proen, porque isso atua diretamente com o..., né? É um impasse muito duro entre coordenador e professor (CC1). – *liderança*

Vejo que não existe um conhecimento ou um empoderamento do corpo docente com relação ao que é o projeto pedagógico do curso.(CC3). – *liderança, MC, MA, MCT*

Essa mensagem que é discutida em uma reunião de CONSUN, de coordenadores, ela nunca chega à ponta. Eu sou capaz de arriscar que talvez 80% do corpo docente não saiba o que é o PPC. Não sabe o que é isso, não sabe o que isso representa, porque isso nunca foi cobrado pela Instituição. Você tem que fazer porque é do PPC (CC3). – *liderança, MC, MA, MCT*

Analisando os trechos extraídos das entrevistas, e confrontando com a literatura, principalmente com o estudo de Karamitri, Talias e Bellali (2017), é possível afirmar que a falta de tempo e de habilidades para cultivar a comunicação, em um ambiente em que as informações são necessárias para direcionar a atuação das pessoas, dificulta o alcance dos resultados esperados na atenção à saúde. Como apontam os autores, oportunidades de colaboração e conhecimento são fundamentais para se obter o máximo valor na integração entre o ensino e os serviços de saúde. Para tanto, faz-se imprescindível investir na habilidade de comunicação e encorajamento às pessoas, sendo o sujeito, a família ou a comunidade o centro das atenções.

Outros aspectos ainda podem ser discutidos, como por exemplo a valorização dos profissionais que atuam na integração entre o ensino e o serviço e a gestão do tempo necessário para que as tarefas sejam realizadas, incluindo momentos de interação entre as pessoas. Dalkir (2005) enfatiza a GC como coordenação sistemática e intencional de pessoas em uma estrutura organizacional que valoriza as lições aprendidas e as melhores práticas para promover aprendizagem organizacional contínua. Além dos

estudos dessa autora, encontram-se registros em Piccoli, Ahmad e Ives (2000), que apontam a GC como um ciclo de criação e entrega de conhecimento que se baseia no direcionamento dos esforços para construção, produção e registro do conhecimento com uma estrutura de alocação de recursos e recompensas para estimular o ciclo. Tais argumentos auxiliam a compreender que, se no ambiente escolhido para o estudo não houver direcionamento dos esforços, capacitação e valorização das pessoas e possibilidades de gestão do tempo para que as tarefas previstas na integração entre o ensino e o serviço sejam realizadas, com a participação das pessoas de mais de uma profissão como prevê a EIP, poderá haver comprometimento na formação dos estudantes de acordo com os princípios do SUS, bem como nos resultados na atenção à saúde.

Pelas falas dos entrevistados identificaram-se barreiras relacionadas à liderança, tecnologia e aos viabilizadores de EIP denominados mecanismos curriculares, ambientais, de cultura do trabalho, afirmação que pode ser confirmada nas falas dos entrevistados a seguir:

Eu tenho que fazer, eu tenho que controlar o ponto, eu tenho que pedir para a secretária fazer várias coisas, e quando peço para ela fazer dá vontade até mesmo de a gente fazer, porque a gente perde um tempo gigante explicando ou mandando o *e-mail* passo a passo do que ela deve fazer. É muita coisa, a gente se perde em situações inúmeras, e o que a gente deveria, eu penso que deveria estar ali pensando no meu aluno, no que eu tenho que fazer de melhor para ele, porque eu tenho que oferecer o melhor para ele, eu tinha que ter tempo para estudar, pra ler, para trazer coisas, e não tenho esse tempo, eu não consigo, então eu acho que isso são duas coisas que precisavam melhorar (CC4). – *MCT*

Acho que não, acho que não, eu acho que a gente não tem tempo para fazer isso [conhecer o que os outros cursos fazem] (CC4). *MCT e liderança*

Eu tenho dificuldade de ter essa visão de me apropriar do que o outro faz a ponto de conseguir perceber o quanto ele pode me ajudar na pesquisa, na parte de ensino, na extensão; os mais próximos a gente consegue, o da X eu trabalho bastante, o da X a gente tem uma relação bacana, fora esses eu tenho dificuldade nesse sentido (C1). – *MA, MCT*

A resistência era ...ia dar muito trabalho receber aluno [na UBS] (CC2). – *ME*

Eu acho muito pouco [integração entre os cursos], não em uma articulação dentro do meu curso, mas uma articulação da área da saúde, eu diria que inexistente, pelo menos eu desconheço. Tipo, fazer um trabalho da odontologia com a psicologia juntos, é um campo extremamente fértil (CC5). – *MC, MCT*

Acho que muitas coisas têm sido assim, para o aprimoramento individual, mas eu não sei se é uma característica dos professores da Univille; como ela já é

mais solidificada, às vezes não é fácil você tirar o pessoal do individual para trazer para o coletivo, né? Mas eu não sei, eu participo sempre, mas não sei se tem esse apelo para a equipe, aí eu não sei te dizer (P5). – *MC, MA*

A resistência tinha sim, eu vou perder hora para a disciplina ser implantada, não é? Isso acontece, e aí quem vai assumir a disciplina? Essa é outra problemática, então, por exemplo, a disciplina vai ocorrer em alguns momentos EaD: dentro da minha grade a disciplina de práticas interprofissionais não está sozinha na grade; ela tem duas horas na grade e duas horas com a professora (CC1). – *MC, MCT e liderança*

Dificuldades de se apropriar dos recursos tecnológicos. Não utiliza todos os recursos possíveis (P1). – *Tecnologia*

A gente tem um corpo docente, hoje ele está bem acomodado (CC2). – *MCT*

Eu acredito que sim [temos tecnologia suficiente]. Eu acho que a gestora, no caso eu, que ainda preciso me desenvolver no domínio das ferramentas de TI, nesse sentido sou bem, assumo a ignorância quanto ao uso de determinadas ferramentas que a TI disponibiliza para nós, coordenadores (CC1). – *Tecnologia*

Funcionar e entender sobre o portal isso também é um desafio gigante; eu tenho um professor que entrou no início do ano e hoje ele não sabe lidar ainda (CC4). – *Tecnologia*

Não, não acho que está fácil [lidar com a tecnologia], não acho que está fácil, e tem algumas coisas que eu não tenho propriedade ainda para entrar, para entender como é o dado, e como eu poderia trabalhar melhor esse dado... (CC4). – *Tecnologia*

Informações do curso, eu vou ser sincero com você, eu dificilmente acesso. Naquela nossa última capacitação de gestão, eu fiquei surpreso em saber que os dados que a gente precisa está tudo na intranet, e eu não sei como entrar nisso aí. Eu não acho que sou só eu, mas os meus professores desconhecem qualquer informação que esteja ligada com a intranet, o próprio BI eu entro de vez em quando, eu acho que nós deveríamos olhar mais para isso, não só a coordenação, mas os professores (CC5). – *Tecnologia*

Nos trechos das entrevistas elencados, há dois termos em destaque: integração e tecnologia.

Ao se referirem ao termo integração, os entrevistados apontam para os viabilizadores de EIP mecanismos curriculares, de cultura de trabalho, do educador e ambientais, além da liderança, como barreiras para a integração, que neste caso estariam relacionadas às possibilidades de integração dentro da própria Universidade.

Trata-se de um aspecto importante e que remete à literatura, especialmente ao estudo de Arntzen, Worasinchai e Ribière (2009). No entendimento dos autores, facilitar o compartilhamento do conhecimento entre os membros do corpo docente é uma das

iniciativas mais importantes para GC e para melhorar o ambiente educacional, ampliando as relações entre professores, alunos e funcionários.

É o que parece não estar acontecendo na Universidade, pois os entrevistados disseram várias vezes que há dificuldades de conhecer, se aproximar e entender o que o outro faz, além das falas que demonstram acomodação e dificuldades de aceitar ou participar das mudanças que o ambiente universitário propõe.

Em relação à tecnologia, os entrevistados reconhecem que os recursos podem auxiliar a compartilhar informações, conforme pode ser lido nos trechos das entrevistas que estão no quadro 8:

**Quadro 8** – Trechos das entrevistas: aspectos relacionados à tecnologia

“Eu acho que existem várias ferramentas para isso. Há os <i>e-mails</i> , há uma grande troca de <i>e-mails</i> dentro da Instituição, então a comunicação flui entre professores, coordenadores de cursos, coordenação de área e acadêmicos. Flui muito por <i>e-mail</i> , por aplicativos de mídia social como Whtasapp, Facebook e Messenger. Há uma troca muito grande de informações, e a informação oficial vem por meios eletrônicos. O <i>e-mail</i> , ou a ferramenta da própria disciplina, como o mural. As ferramentas de comunicação entre os alunos, professores, coordenação de área existem e estão aí para serem usadas” (C1)
“Canal de comunicação maior é o meio eletrônico mesmo. É divulgação pela mídia eletrônica, por <i>e-mail</i> ” (CC2)
“Compartilhar é basicamente por <i>e-mail</i> ” (CC1)
“Para compartilhar informações somente o <i>e-mail</i> ” (CC4)
“A gente tem que estar no celular e a gente tem que estar <i>on-line</i> , porque as coisas acontecem na palma da mão. Uso <i>e-mail</i> institucional, uso a plataforma virtual, mas o <i>e-mail</i> institucional não é a principal maneira de compartilhar não” (CC3)
“Basicamente por <i>e-mail</i> , eu não sou muito de utilizar o portal institucional” (P2)
“Para compartilhar informações somente o <i>e-mail</i> ” (P5)
“Nós temos um grupo do Whatsapp, né, mas é só das professoras do NDE” (P7)
“A página funcionar e entender sobre o portal, isso também é um desafio gigante” (P4)
“A gente tem que estar no celular e a gente tem que estar <i>on-line</i> , porque as coisas acontecem na palma da mão. Uso <i>e-mail</i> institucional, uso a plataforma virtual, mas não uso como principal troca não, não uso” (P3)

Fonte: Primária (2019)

A reflexão que pode ser feita com base nas falas registradas no quadro 8 é em relação aos recursos tecnológicos utilizados ante as inúmeras ferramentas disponíveis. Os entrevistados sabem que existem recursos tecnológicos disponíveis, porém relatam não ter domínio no uso deles, por isso não os utilizam. Tal condição pode ser evidenciada nos trechos das entrevistas constantes do quadro 9.

**Quadro 9** – Trechos das entrevistas que destacam o uso da tecnologia

“Eu acredito que sim, eu acho que a gestora, no caso eu, que ainda preciso me desenvolver no domínio das ferramentas de TI, nesse sentido sou bem, assumo a ignorância quanto ao uso de determinadas ferramentas que a TI disponibiliza para nós, coordenadores” (CC1)
“Funcionar e entender sobre o portal, isso também é um desafio gigante, eu tenho um professor que entrou no início do ano e hoje não sabe lidar ainda...” (CC4)
“Não, não acho que está fácil, não acho que está fácil, e tem algumas coisas que eu não tenho propriedade ainda para entrar, para entender como é o dado, e como eu poderia trabalhar melhor esse dado” (CC4)
“Informações do curso, eu vou ser sincero com você, eu dificilmente acesso. Naquela nossa última capacitação de gestão, eu fiquei surpreso em saber que os dados que a gente precisa está tudo na intranet, e eu não sei como entrar nisso aí. Eu não acho que sou só eu, mas os meus professores desconhecem qualquer informação que esteja ligada com a intranet, o próprio BI eu entro de vez em quando, eu acho que nós deveríamos olhar mais para isso, não só a coordenação, mas os professores”. (CC5)
Dificuldades de se apropriar dos recursos tecnológicos. Não utiliza todos os recursos possíveis (P1, P3, P4, P5, P6, P7, P8)

Fonte: Primária (2019)

Destaca-se também que os profissionais de saúde sinalizaram durante as entrevistas alguns recursos tecnológicos disponíveis e adotados por eles nas suas atividades profissionais.

“Sim, eu tenho, eu uso bastante a Comunidade Práticas, que é um *site* do Ministério da Saúde” (PS3).

“O sistema que é o Olostec, que a gente usa para registrar, e ali a gente consegue ter acesso ao que eles escreveram, eles têm acesso ao que a gente escreve. A gente acaba trocando informação de certa forma pelo sistema...” (PS8).

A tecnologia exige domínio para o seu uso efetivo; neste caso, o domínio efetivo das tecnologias denominadas tecnologias duras por Merhy e Franco (2006).

Quanto às tecnologias leves, as quais Merhy e Franco (2006) relacionam com o conhecimento técnico e relações interpessoais, são adotadas com frequência nos ambientes em que o ensino e o serviço prevalecem. Trata-se de tecnologias que nos processos de conversão do conhecimento (NONAKA; TAKEUCHI, 1997), identificadas no quadro 5, são também empregadas. A base das ações docentes e da educação em saúde são as relações estabelecidas entre as pessoas e o conhecimento técnico, nas dimensões tácita, explícita e cultural (PROBST; RAUB; ROMHARDT, 2012), que incentivam a construção do conhecimento individual e coletivo.

Analisando os trechos das entrevistas, e confrontando com a literatura, para este estudo integração e tecnologia têm uma forte associação quando dizem respeito a barreiras. Tecnologias leves, duras ou leve-duras, como propõem Merhy e Franco (2003), são essenciais na integração entre o ensino e o serviço. São as tecnologias que potencializam os processos de conversão do conhecimento (NONAKA; TAKEUCHI, 1997), necessários para que o conhecimento individual e coletivo seja ampliado colaborativamente, com sugere a EIP.

Quanto às barreiras relacionadas ao processo interativo e ao ciclo KDCA, elas foram evidenciadas nos trechos das entrevistas que correspondiam a diferentes questões, sobretudo às que abordavam temas relacionados a Pessoas, Processos e Aprendizagem.

O principal ponto destacado pelos entrevistados é a resistência para mudanças de hábitos ou comportamentos. O processo interativo e o ciclo KDCA dependem da interação e da disponibilidade das pessoas para participar, além da gestão do tempo que permita capacitar as pessoas para atuação a partir de um novo modelo e/ou tempo para interação que possibilite a criação, organização, registros e disseminação do conhecimento produzido:

É difícil a gente ter a participação integral dos professores, que não são muitos, em torno de 28, 29 professores, assim como dos representantes de turma, esse é outro problema que a gente encontra também (CC1). – *Pessoas e Processos*

Os professores têm muitas dificuldades, a gente vê nas oficinas que vêm sendo feitas aqui, eles têm muita dificuldade de sair da zona de conforto (C1). – *Pessoas*

Eu tenho tudo aqui bonitinho, por que eu vou mudar a minha forma, eu estou sendo bem avaliado, para que eu vou fazer diferente? Então, mesmo professores próximos da gente, eu sinto essa resistência, pessoas que eu tenho intimidade de chegar e dizer “Por que eu não posso fazer uma atividade na tua disciplina?”, “Humm, vamos conversar, vamos ver...” (C1). – *Pessoas*

“Tem que ser assim, a partir de agora tem que ser assim”, então eles só deram duas horas pra nós a cada quinze dias, então ficou muito restrito, então o planejamento local, os projetos que a gente tem, todas as coisas que eram feitas em equipe a gente não está mais desenvolvendo, só que assim, a gente tinha um trabalho mostrando o resultado dessas reuniões, a efetividade disso, foi incrível (PS1). – *Processos*

Essa mudança exige uma liberação, desprendimento do antigo, e só quem muda é quem quer sair da zona de conforto, é quem realmente quer procurar uma coisa nova. As pessoas querem mais é ficar na sua zona de conforto. Eu tenho minha aulinha montada lá há 10 anos, está lá, ainda está dentro dos princípios, então eu tenho muita gente ainda assim (CC5). – *Pessoas*

É difícil eu entrar numa Unidade Básica de Saúde e ter um profissional de Educação Física ali, assim como nem todas têm psicólogo, então assim já dá pra perceber, isso traduz o envolvimento com o sistema único, né? Óbvio que isso é uma tendência que está para o futuro, nós teremos a participação efetiva em todos, mas isso demanda um trabalho, uma inserção. Para alguns cursos a gente sai para totalmente permeável, aberto e integrado, para outros não, como é o caso da psicologia e da educação física (CC1). – *Aprendizagem*

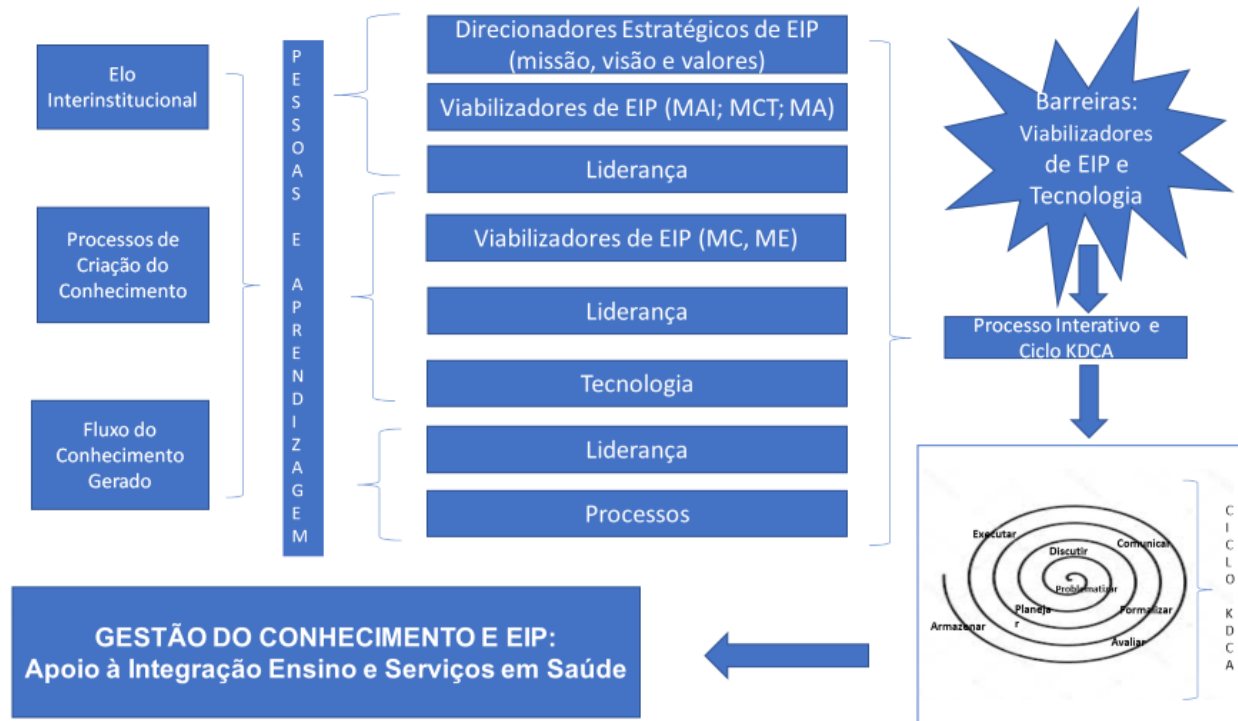
Todas as barreiras identificadas no ambiente selecionado para estudo consideraram o modelo de GC proposto. As barreiras não podem ser tratadas de forma isolada, pois estão inter-relacionadas umas às outras de forma sistêmica, e podem ser entendidas como desafios para avançar.

#### 6.4.5 Síntese da Verificação da Adequação do Modelo de GC ao Ambiente de Estudo

A figura 21 representa, esquematicamente, a adequação do modelo de GC, fundamentado na EIP, proposto para apoiar a integração entre o ensino e os serviços de saúde ao ambiente de estudo.



**Figura 21** – Representação esquemática da adequação do modelo de gestão do conhecimento ao ambiente de estudo



Fonte: Primária (2019)

Ao final da verificação é possível inferir que os elementos propostos no modelo de GC, fundamentado na EIP, têm uma relação de sentido e significado com o ambiente de estudo, uma vez que todos os elementos propostos puderam ser identificados por meio das entrevistas.

Os achados do estudo baseados na análise das entrevistas demonstram que as **pessoas** e as possibilidades de **aprendizagem** são essenciais para que a integração entre o ensino e o serviço ocorra.

O **elo interinstitucional**, caracterizado pela aproximação entre as instituições, no que diz respeito à integração entre o ensino e o serviço, **depende** dos direcionadores estratégicos, dos viabilizadores de EIP (MAI, MA, MCT) e da liderança.

A definição de direcionadores estratégicos é fundamental para que os viabilizadores de EIP sejam norteadores das ações da liderança em prol do alcance das metas estabelecidas conjuntamente.

Os **processos de criação do conhecimento** expressam o quanto os processos de criação, organização, registros e disseminação do conhecimento, para tomadas de decisões compartilhadas, **dependem** das pessoas, das possibilidades e da disposição para aprender, mediadas pelos viabilizadores de EIP (MC e ME), liderança e tecnologia.

Quanto ao **fluxo do conhecimento**, que se refere à necessidade de definição de um fluxo, que articule os vários processos de trabalho definidos, conhecidos e aprendidos pelas pessoas, para que a integração entre o ensino e o serviço ocorra resultando em aprendizagens e fomentando a inovação. O fluxo do conhecimento **depende** também da liderança, dos processos e do uso apropriado da tecnologia.

As entrevistas demonstraram também que existem barreiras a serem superadas para que a integração entre o ensino e o serviço traga resultados na atenção à saúde, na formação de profissionais que saibam atuar em equipes interprofissionais e no cuidado integral das pessoas.

Essas barreiras impõem desafios, entre os quais se destaca a valorização dos viabilizadores de EIP para orientar as ações de integração entre o ensino e os serviços de saúde. Tais viabilizadores se ancoram nos direcionadores estratégicos, que por sua vez, como nos diz Batista (2012), apontam para as metas que poderão ser traçadas.

Outro desafio é definir políticas institucionais e processos de trabalho para a integração entre o ensino e os serviços de saúde. As políticas deixarão claros os direcionadores estratégicos, e os processos de trabalho vão orientar o fluxo do conhecimento necessário para que haja interação entre os macro, meso e microdeterminantes de EIP, de maneira que as pessoas responsáveis por desenvolverem efetivamente a EIP (professores, estudantes e profissionais de saúde) nos cenários de prática consigam realizar suas ações em equipe e de forma colaborativa.

Além das políticas institucionais e dos processos de trabalho, é importante estabelecer o que Nonaka e Konno (1998) denominam “Ba”, quer dizer, lugares e/ou espaços adequados para que, de forma intencional e inteligente, seja possível criar, organizar, registrar e disseminar o conhecimento e, conseqüentemente, tomar decisões que garantam qualidade na formação e melhores resultados na atenção à saúde em saúde. Esse “Ba” está diretamente associado aos processos de conversão de conhecimento previstos no modelo SECI de Nonaka e Takeuchi (1997) e ao modelo

interativo de GC proposto neste estudo, que inclui a problematização, a discussão, o planejamento, a formalização, a execução, a avaliação e o armazenamento dos registros e das experiências vivenciadas. Cada elemento citado faz parte do processo e depende de políticas institucionais e da liderança para que seja possível operacionalizar.

As políticas institucionais, a liderança e os processos interativos de conversão do conhecimento são muito importantes para que os viabilizadores de EIP possam orientar as ações das pessoas, tanto quanto favorecer a GC. Estudantes, professores e profissionais de saúde precisam que os mecanismos curriculares, ambientais e de apoio institucional sejam referenciais de atuação, a fim de que os mecanismos do educador e da cultura do trabalho tenham alterações no seu padrão e interatividade, de maneira que seja possível alterar o padrão de ensino e serviço em saúde, de uniprofissional para interprofissional.

Outro aspecto a ser destacado e que se apresenta como um desafio/barreira é a tecnologia. Os entrevistados reconheceram ter dificuldades no domínio das ferramentas tecnológicas e, por isso, não as utilizam sistematicamente. As ferramentas citadas pelos entrevistados estão classificadas por Merhy e Franco (2006) como tecnologias duras, que são muito usadas para registros, organização e disseminação do conhecimento.

Por fim, destaca-se a importância da GC na integração entre o ensino e os serviços de saúde para que a EIP e as práticas colaborativas possam ser os referenciais de formação e atuação profissional nos cenários de prática.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve por objetivo propor um modelo de gestão do conhecimento (GC), fundamentado na educação interprofissional (EIP) e nas práticas colaborativas, para apoiar a integração entre ensino e serviço em saúde. Para tanto, foram realizadas pesquisas que fundamentaram a proposição do modelo e que não reconheceram estudos que associassem a GC e a EIP.

O estudo apresentado é inovador. Esta afirmação está ancorada na apresentação do modelo de GC para apoiar a integração ensino e serviços em saúde. A proposição foi realizada a partir da articulação de dois marcos teóricos e referenciais distintos, a GC e a EIP.

A GC tem uma relação direta com o campo da ciência considerado “duro”, as engenharias, e a EIP está vinculado às ciências da saúde e humanas. Para tanto, foi necessário transitar entre os conceitos de cada um dos campos do conhecimento e flexibilizar o pensamento para encontrar as aproximações possíveis e apresentar congruências e diferenças, mas que pudessem se complementar, para que o modelo de GC para apoiar a integração entre o ensino e o serviços em saúde pudesse ser proposto.

A GC, uma área que vem se dedicando e despontando como um diferencial nas instituições e/ou organizações, que prevê criação, registros, organização e disseminação do conhecimento, seja na forma tácita ou explícita. Essa prática de gestão busca alcançar as metas, com a colaboração das pessoas, por meio de processos de trabalhos interativos e ancorados em direcionadores estratégicos (missão, visão e valores), na liderança e na tecnologia.

A EIP consiste em programas educacionais que preveem a aprendizagem entre pessoas de mais de uma profissão, sobre si, sobre os outros e entre os outros, de forma colaborativa e interativa, com vistas à melhoria da qualidade na atenção à saúde. A EIP pode ocorrer em cursos de formação na área da saúde, tanto quanto nos serviços de saúde, como meio de educação permanente, além de ocorrer na integração entre o ensino e o serviço.

O pressuposto que norteou o estudo foi de que a EIP poderia potencializar o elo de integração entre o ensino e os serviços de saúde e que o conhecimento que permeia essa integração, seja no contexto operacional (aquele que permite que os estudantes estejam nos cenários de prática de acordo com as regras e documentação exigida pelas duas instituições), seja no contexto do cenário de prática (que inclui os saberes acadêmicos, profissionais e da comunidade), poderia ser agente de criação, compartilhamento, armazenagem, desenvolvimento e uso de conhecimento de qualidade e, como consequência, se alcançasse a formação de melhores profissionais, assim como melhores resultados na atenção à saúde.

Para tanto, foram apresentados o alinhamento dos conceitos de GC e EIP e uma proposta de modelo de GC fundamentado na EIP e em práticas colaborativas. Na sequência foi verificada a adequação do modelo para o ambiente de estudo selecionado.

O modelo de GC apresentado tem caráter híbrido, ou seja, descritivo e prescritivo. O modelo prescritivo contém dez elementos, sendo eles: direcionadores estratégicos, viabilizadores de EIP, liderança, pessoas, processo, aprendizagem, tecnologia, processo interativo e ciclo KDCA e resultados na atenção à saúde de GC.

Quanto ao modelo prescritivo, a proposição incluiu o grau de maturidade em GC, considerando que esse elemento é fundamental para que, a partir de um processo cíclico, as pessoas desenvolvam maturidade, na perspectiva de que as experiências anteriores são fundamentais para alimentar e realimentar novos projetos de EIP.

A verificação da adequação do modelo demonstrou congruência entre os elementos do modelo de GC proposto e a forma como ocorre a integração entre o ensino e os serviços de saúde no ambiente de estudo (Univille – Secretaria de Saúde de Joinville). Todos os elementos do modelo proposto foram identificados nas falas dos entrevistados vinculados à Universidade e/ou à SES.

A verificação da adequação do modelo indicou também barreiras que se referem à falta de processos de trabalho claramente definidos e sistemáticos, bem como à dificuldade das pessoas em usarem recursos tecnológicos.

Considera-se que essas barreiras não podem ser tratadas de forma isolada, pois estão inter-relacionadas umas às outras de forma sistêmica, e podem ser entendidas como desafios para avançar. Entre os desafios destacam-se a valorização dos

viabilizadores de EIP e a interatividade entre as pessoas mediada pela liderança, tecnologia e pelo ciclo KDCA.

Os resultados na atenção à saúde de cada uma das etapas evidenciaram que existe espaço para a GC na integração entre o ensino e os serviços de saúde e que, para tanto, é fundamental a definição de direcionadores estratégicos comuns. É por meio deles que as duas instituições vão se orientar para definir as práticas colaborativas que poderão resultar na formação de novos profissionais com qualidade, tanto quanto entregar para a população melhores serviços de saúde.

Os viabilizadores de EIP (mecanismos curriculares, ambientais, da cultura do trabalho, do educador, de apoio institucional) são essenciais para que a atuação das pessoas, na integração entre o ensino e os serviços de saúde, tenha como centro da atenção a formação e os usuários e atenda aos princípios e às finalidades do Sistema Único de Saúde (SUS) e da interprofissionalidade. Essa atuação e aprendizagem dependem da interatividade, ou seja, da possibilidade de as pessoas problematizarem, discutirem, planejarem, comunicarem, formalizarem, executarem, avaliarem e armazenarem o conhecimento produzido para que este possa impulsionar novas experiências.

O modelo de GC proposto neste estudo buscou valorizar o conhecimento tácito e explícito presente nas relações de trabalho em saúde, sobretudo na integração entre o ensino e os serviços, e as possibilidades de interação organizada e sistemática entre as pessoas e os processos de trabalho. Para tanto, faz-se imprescindível a criação de “Ba”s (lugar/es) sistemáticos para conversão do conhecimento e interatividade.

Os resultados demonstraram também a importância da liderança para o elo interinstitucional, para organização de espaços para criação do conhecimento e para disseminação do fluxo do conhecimento. Além disso, revelaram que há a necessidade de capacitar as pessoas para o uso de ferramentas tecnológicas.

Outro destaque foi a percepção da pesquisadora em relação às pessoas entrevistadas. Aquelas que aceitaram participar do estudo demonstraram acreditar na proposta do SUS, nos ganhos da integração ensino e serviço, nas possibilidades de aprendizagem e na melhoria dos serviços de atenção à saúde que a integração proporciona.

Diante do estudo realizado conclui-se que é necessário que se estabeleça a interação e o fluxo do conhecimento entre os macro, meso e microdeterminantes que influenciam diretamente a EIP. As boas práticas da GC se constituem em possibilidades para o avanço desta interação e conseqüentemente para criação, organização, registros e disseminação do conhecimento, capazes de gerar boas práticas na integração ensino e serviços em saúde, tanto quanto em EIP e práticas colaborativas .

A integração ensino e serviço traz a realidade para o espaço de formação e contribui para aquisição de competências profissionais com o senso crítico que esta aproximação propicia.

É justamente no espaço dos serviços de saúde que o direito à saúde se concretiza ou não. Ali estão os diferentes atores que participam da produção social da saúde (profissionais, usuários e comunidade), bem como os professores, preceptores e estudantes, os quais também interferem na realidade e produzem conhecimento.

Conclui-se também, que o modelo de GC fundamentado na EIP em saúde é um recurso importante no apoio à integração ensino e serviço. Direcionadores estratégicos comuns e que orientam os processos de criação, organização, registros e disseminação do conhecimento são essenciais para que as finalidades de cada uma das instituições (serviço público de saúde e instituição formadora) possam ser preservadas e alcançadas.

A verificação da adequação do modelo reforçou a importância de ações intencionais, sistemáticas e do papel do líder para que os processos de trabalho sejam claramente definidos e seguidos. A intencionalidade e a sistematização, previstos nos processos de GC, são essenciais para que os resultados na formação de novos profissionais e na saúde das pessoas sejam alcançados.

Espera-se que os resultados desta pesquisa impulsionem a implementação da GC no ambiente escolhido para o presente estudo e que esta iniciativa seja valorizada pelas diversas instâncias de liderança de cada uma das instituições, no sentido de potencializar a integração entre o ensino e os serviços de saúde e diminuir as barreiras encontradas, pois ambas as instituições dependem uma da outra para alcançar os seus resultados na atenção à saúde, previstos nos seus direcionadores estratégicos, isto é, na sua missão, visão e valores.

Sugere-se que um projeto piloto, a partir do modelo de GC proposto para apoiar a integração ensino e serviço seja implementado, e que seus resultados possam gerar experiências propulsoras de EIP, tanto quanto o aperfeiçoamento e inovações no modelo.

Por fim, espera-se que novas pesquisas sejam realizadas com base nos temas GC e EIP. Que nas futuras investigações o resultado das ações em saúde possa ser medido por meio da participação da comunidade de forma explícita. Todas as ações de ensino e de serviços em saúde devem se orientar pelos princípios e pelas finalidades do SUS, incluindo o controle social. Sendo assim, nos próximos estudos, especialmente aqueles que previrem a implementação da GC em equipes interprofissionais de saúde, os usuários do SUS poderiam integrar o processo interativo.



## REFERÊNCIAS

AGUILAR-DA-SILVA, R. H.; SCAPIN, L. T.; BATISTA, N. A. Avaliação da formação interprofissional no ensino superior em saúde: aspectos da colaboração e do trabalho em equipe. **Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior**, (Campinas), v. 16, n. 1, p. 165-184, 2011.

AGRELI, H. F.; SILVA J. A. M.; PEDUZZI, M. “Experimentar” caminhos e propor iniciativas EIP. Curso de atualização em desenvolvimento docente para Educação Interprofissional em Saúde. AVASUS – Conhecimento Livre e Aberto em Saúde, 2018.

AGRELI, H. F.; PEDUZZI, M.; SILVA, M. C. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 20, n. 59, p. 905-916, dez. 2016.

ALBUQUERQUE, V. A; GOMESI, A. P; REZENDE, C. H. E; SAMPAIOI, M. X; DIAS, O. V; LUGARINHO, R. M. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. **Revista Brasileira De Educação Médica**, v. 32, n. 3, p. 356-362, 2008.

ALMEIDA, M.; FEUERWERKER, L.; LLANOS, M. (org.). **A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança**. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar; Londrina: Ed. UEL; 1999.

ALMEIDA FILHO, N. de; SANTANA, L. A. A.; SANTOS, V. P. dos; COUTINHO, D.; LOUREIRO, S. Formação médica na UFSB: I. Bacharelado interdisciplinar em saúde no primeiro ciclo. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 38, n. 3, p. 337-348, 2014.

ARNTZEN, A. A. B.; WORASINCHAI, L.; RIBIÈRE, V. M. An insight into knowledge management practices at Bangkok University. **Journal of Knowledge Management**, v. 13, n. 2, p. 127-144, 2009.

BARBOUR, L.; ARMSTRONG, R.; CONDRON, P.; PALERMO, C. Communities of practice to improve public health outcomes: a systematic review. **Journal of Knowledge Management**, v. 22, n. 2, p. 326-343, 2018. (apêndice)

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 4. ed. Lisboa: Edições 70, 2010.

BARR, H. Competent to collaborate: towards a competency-based model for interprofessional education. **Journal of Interprofessional Care**, v. 12, n. 2, 181-187, 1998.

BARRETO, I. C. H. C. **Atenção à saúde e comunidades de práticas no SUS**. Agência da Boa Notícia. 2012. Disponível em: <<http://www.boanoticia.org.br/atencao-a-saude-e-comunidades-de-praticas-no-sus-ivana-cristina-barreto/>>. Acesso em: 2 maio 2019.

BARROS, E. R. da S.; ELLERY, A. E. L. Inter-professional collaboration in an Intensive Care Unit: challenges and opportunities. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 17, n. 1, p. 10-19, 2016.

BATISTA, F. F. **Gestão do conhecimento na administração pública: resultados na atenção à saúde da pesquisa IPEA 2014 – níveis de maturidade**. Brasília: IPEA, 2015.

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

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988. 292 p.

BRASIL. **Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990a.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990b. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm)>.

BRASIL. **Lei n.º 9.394, de 20 de dezembro de 1996**. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília, 1996. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L9394.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9394.htm)>.

BRASIL. **Lei n.º 10.973, de 2 de dezembro de 2004**. Dispõe sobre incentivos à inovação e à pesquisa científica e tecnológica no ambiente produtivo e dá outras providências. Brasília, 2004. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2004/Lei/L10.973.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2004/Lei/L10.973.htm)>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **VER-SUS/Brasil** – vivências e estágios na realidade do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/folder\\_versus.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/folder_versus.pdf)>. Acesso em: 20 ago. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. **Pró-saúde: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde**. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Secretaria de Políticas de Saúde, Secretaria de Ensino Superior. **Projeto de incentivo a mudanças curriculares em**

**cursos de Medicina.** Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica.** Brasília, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **Programa de qualificação e estruturação da gestão do trabalho e da educação no SUS – ProgeSUS.** Brasília, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola.** Brasília, 2009.

BRASIL. **Portaria de consolidação n.º 2, de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2017.

BRASIL. **Portaria n.º 35, de 4 de janeiro de 2007.** Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Telessaúde. Brasília, 2007. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0035\\_04\\_01\\_2007\\_comp.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0035_04_01_2007_comp.html)>.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Revista Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CAIPE - Centro para o Avanço da educação Interprofissional. **Introdução a Educação Interprofissional.** CAIPE, 2013

CAMPOS, G. W. de S.; DOMINITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

CHOO, C. The knowing organization: how organizations use information to construct meaning, create knowledge and make decisions. **International Journal of Information Management**, v. 16, n. 5, p. 329-340, 1996.

CIHC – CANADIAN INTERPROFESSIONAL HEALTH COLLABORATIVE. **College of Health Disciplines University of British Columbia Vancouver BC V6T 1Z3.** Canadá, 2010. Disponível em: <[https://www.cihc.ca/files/CIHC\\_IPCompetencies\\_Feb1210.pdf](https://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies_Feb1210.pdf)>.

CNS - Conselho Nacional de Saúde. **RESOLUÇÃO Nº 569 DE 8 DE DEZEMBRO DE 2017.** Brasília, 2018. <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2017/Reso569.pdf>  
Acesso em: 02 de setembro de 2019

CONVENIO UNIVILLE / Secretaria de Saúde (SES). Documento Institucional, 2014.

COSTA, M. V. FREIRE FILHO, J. R.; SILVA, C. B. G. **Educação Interprofissional em**

**Saúde.** Natal: SEDIS, UFRN, 2018.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. D. S. Apoio matricial e atenção primária em saúde. **Saude e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 961-970, 2011.

D'AMOUR, D.; OANDASAN, I. Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. **Journal of Interprofessional Care**, v. 19, n. Suppl. 1, p. 8-20, 2005.

DALKIR, K. **Knowledge management in theory and practice**. Burlington: Elsevier, 2005.

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

de VRIES-ERICH, J.; REUCHLIN, K.; de MAAIJER, P.; van de RIDDER, J. M. Identifying facilitators and barriers for implementation of interprofessional education: perspectives from medical educators in the Netherlands. **Journal of Interprofessional Care**, v. 31, n. 2, p. 170-174, 2017.

DIAS, I. S. Competências em educação: conceito e significado pedagógico. **Psicologia Escolar e Educacional**, v. 14, n. 1, p. 73-78, 2010.

FIGUEREDO, W. N.; VÉRAS, R. M.; SILVA, G.; FEITOSA, C.; BOWES, E. Educação interprofissional entre estudantes em unidades de saúde na educação interprofissional entre estudantes em unidades de saúde na Bahia, Brasil: Programa "Permanecer SUS". **Investigação Qualitativa em Saúde**, v. 2, p. 230-238, 2017.

FIRESTONE, J. M.; McELROY, M. W. Organizational learning and knowledge management: the relationship. **The Learning Organization**, v. 11, n. 2, p. 177-184, 2004.

FORTUNA, C. M.; MISHIMA, S. M.; MATUMOTO, S.; PEREIRA, M. J. B. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Rev Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 262-268, 2005.

FREIRE, J. J.; FURLAN, S. A.; SILVEIRA, J. L.G. **Gestão do conhecimento na atividade de inteligência de segurança pública: uma abordagem prática e tecnológica**. Curitiba: Appris, 2018.

FREIRE, P. D. S.; TOSTA, K. C. B. T.; HELOU FILHO, E. A.; SILVA, G. G. da. Memória organizacional e seu papel na gestão do conhecimento. **Revista de Ciências da Administração**, v. 14, n. 33, p. 41-51, 2012.

FRENK, J.; CHEN, L.; BHUTTA, Z. A.; COHEN, J.; CRISP, N.; EVANS, T.; FINEBERG, H.; GARCIA, P.; KE, Y.; KELLEY, P.; KISTNASAMY, B.; MELEIS, A.; NAYLOR, D.; PABLOS-MENDEZ, A.; REDDY, S.; SCRIMSHAW, S.; SEPULVEDA, J.; SERWADDA, D.; ZURAYK, H. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. **The Lancet**, v. 376, n. 9.756, p. 1.923-1.958, 2010.

GIBBS, G. **Análise de dados qualitativos**. Tradução de Roberto Cataldo Costa. Porto Alegre: Artmed, 2009.

GONÇALVES, M. L.; BALDIN, N.; ZANOTELLI, C. T.; CARELLI, M. N.; FRANCO, S. C. **Fazendo pesquisa: do projeto à comunicação científica**. 4. ed. Joinville: Editora Univille, 2014. 120 p.

GURAYA, S. Y.; BARR, H. The effectiveness of interprofessional education in healthcare: A systematic review and meta-analysis. **Kaohsiung Journal of Medical Sciences**, v. 34, n. 3, p. 166-171, 2017.

HERATH, C.; ZHOU, Y.; GAN, Y.; NAKANDAWIRE, N.; GONG, Y.; LU, Z. A comparative study of interprofessional education in global health care: a systematic review. **Medicine**, v. 96, n. 38, 2017.

IPEC – INTERPROFESSIONAL EDUCATION COLLABORATIVE. **Core competencies for interprofessional collaborative practice**. 2011. Disponível em: <<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2352802817300790>>.

JANNUZZI, C. S. C.; FALSARELLA, O. M.; SUGAHARA, C. R. Gestão do conhecimento: um estudo de modelos e sua relação com a inovação nas organizações. **Perspectivas em Ciência da Informação**, v. 21, n. 1, p. 97-118, 2016.

JOINVILLE. **Plano municipal de saúde 2018-2021**. Joinville, 2017.

KARAMITRI, I.; TALIAS, M. A.; BELLALI, T. Knowledge management practices in healthcare settings: a systematic review. **International Journal of Health Planning and Management**, v. 32, n. 1, p. 4-18, 2017.

KENT, F.; KEATING, J. L. Interprofessional education in primary health care for entry level students – a systematic literature review. **Nurse Education Today**, v. 35, n. 12, p. 1.221-1.231, 2015.

KOTHARI, A.; HOVANEC, N.; HASTIE, R.; SIBBALD, S. Lessons from the business sector for successful knowledge management in health care: a systematic review. **BMC Health Services Research**, v. 11, n. 1, p. 173, 2011. (apêndices)

LAPKIN, S.; LEVETT-JONES, T.; GILLIGAN, C. A systematic review of the effectiveness of interprofessional education in health professional programs. **Nurse Education Today**,

v. 33, n. 2, p. 90-102, 2011.

MACEDO, P. C. M. Desafios atuais no trabalho multiprofissional em saúde. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, v. 10, n. 2, p. 33-41, 2007.

MARCONI, M.; LAKATOS, E. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MARTÍNEZ, Á. E. Gestión del conocimiento y universidad: exploración de las condiciones de interface con el sector externo. **Psicología desde el Caribe**, v. 31, n. 1, p. 1-24, 2014.

MENAND L. **The marketplace of ideas: reform and resistance in the American university**. New York: W W Norton & Company, 2010: 101–02.

MERHY, E. E; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional. **Saúde em Debate**, v. 27, n. 65, set./dez. 2003.

MERHY, E. E; FRANCO, T. B. Trabalho em saúde. *In*: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro, 2006. 308 p.

McADAM, M.; MILLER, K.; MCADAM, R. University business models in disequilibrium – engaging industry and end users within university technology transfer processes. **R&D Management**, v. 47, n. 3, p. 458-472, 2017.

MEC – MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição**. Brasília, 2001. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf>>. Acesso em: 18 maio 2019.

MEC – MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Resolução n.º 3, de 20 de junho de 2014**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Medicina e dá outras providências. Brasília, 2014. Disponível em: <[http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category\\_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192)>. Acesso em: 18 maio 2019.

MICCAS, F. L.; BATISTA, S. H. S. da S. Educação permanente em saúde: metassíntese. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 1, p. 170-185, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0034-89102014000100170&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0034-89102014000100170&script=sci_abstract&tlng=pt)>.

MS – MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Gestão e regulação do trabalho em saúde**. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/trabalho-educacao-e-qualificacao/gestao-e-regulacao-do-trabalho-em-saude>>. Acesso em: 18 maio 2019.

MS – MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria Interministerial n.º 421, de 3 de março de 2010**. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) e dá

outras providências. Brasília, 2010. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/pri0421\\_03\\_03\\_2010.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/pri0421_03_03_2010.html)>.

MS – MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Relatório semestral** – PET-Saúde/Saúde da Família – outubro de 2010 a março de 2011. Brasília, 2011. Disponível em: <[http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id\\_aplicacao=6104&acao=alterar](http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=6104&acao=alterar)>. Acesso em: 17 maio 2019.

MS – MINISTÉRIO DA SAÚDE. **8.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde** – relatório final. 17 a 21 de março de 1986. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8\\_conferencia\\_nacional\\_saude\\_relatorio\\_final.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf)>. Acesso em: 18 maio 2019.

MORAES, R. Análise de conteúdo. **Revista Educação**, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999.

NARVAI, P. C.; PEDRO, P. F. S. Práticas de saúde pública. *In*: ROCHA, A. A. (Ed.). **Saúde pública: bases conceituais**. v. 27. São Paulo: Atheneu, 2008. p. 5-26.

NOGUEIRA, M. I. As mudanças na educação médica brasileira em perspectiva: reflexões sobre a emergência de um novo estilo de pensamento. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, n. 2, p. 262-270, 2009.

NONAKA, I.; KONNO, N. The concept of “Ba”: building a foundation for knowledge creation. **California Management Review**, v. 40, n. 3, p. 40-54, 1998.

NONAKA, I.; TAKEUCHI, H. **Criação de conhecimento na empresa**. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

NONAKA, I.; TAKEUCHI, H. **The knowledge-creating company**. [s.l.]: Oxford University Press, 1995.

NONAKA, I.; TOYAMA, R.; KONNO, N. SECI, Ba and Leadership: a unified model of dynamic knowledge creation. **Long Range Planning**, v. 33, p. 5-34, 2000.

OLSON, R.; BIALOCERKOWSKI, A. Interprofessional education in allied health: a systematic review. **Medical Education**, v. 48, n. 3, p. 236-246, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa**. Genebra, 2010.

PACHECO, R. C. S; KERN, V. M. Transparência e gestão do conhecimento por meio de um banco de teses e dissertações: a experiência do PPGE/UFSC. **Ciência da Informação**, Brasília, v. 30, n. 3, p. 64-72, set./dez. 2001.

PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, M. A. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 4, p. 492-499, 2008.

PALAGANAS, J. C.; EPPS, C.; RAEMER, D. B. A history of simulation-enhanced interprofessional education. **Journal of Interprofessional Care**, v. 28, n. 2, p. 110-115, 2014.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

PEDUZZI, M. Educação interprofissional para o desenvolvimento de competências colaborativas em saúde. *In*: TOASSI, R. F. C. (Ed.). **Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?** v. 1. Porto Alegre: Rede Unida, 2017. p. 40-48.

PICCOLI, G.; AHMAD, R.; IVES, B. Knowledge management in academia: a proposed framework. **Information Technology and Management**, v. 1, p. 229-245, 2000.

PROBST, G.; RAUB, S.; ROMHARDT, K. **Gestão do conhecimento: os elementos construtivos do sucesso**. Porto Alegre: Bookman, 2002.

REEVES, S. Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 185-196, 2016.

REEVES, S.; ZWARENSTEIN, M.; GOLDMAN, J.; BARR, H.; FREETH, D.; KOPPEL, I.; HAMMICK, M. The effectiveness of interprofessional education: key findings from a new systematic review. **Journal of Interprofessional Care**, v. 24, n. 3, p. 230-241, 2010.

REEVES, S.; FLETCHER, S.; BARR, H.; BIRCH, I.; BOET, S.; DAVIES, N.; MCFADYEN, A.; RIVERA, J.; KITTO, S. A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME Guide No. 39. **Medical Teacher**, v. 38, n. 7, p. 656-668, 2016.

RELATÓRIO SEMESTRAL – PET-Saúde/Saúde da Família. Período outubro de 2010 a março de 2011. 2010/2011. disponível em: <[http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id\\_aplicacao=6104&acao=alterar](http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=6104&acao=alterar)>.

RISKIYANA, R.; CLARAMITA, M.; RAHAYU, G. R. Objectively measured interprofessional education outcome and factors that enhance program effectiveness: a systematic review. **Nurse Education Today**, v. 66, p. 73-78, 2018.

ROCHA, E.; NAGLIATE, P.; FURLAN, C. E. B.; ROCHA JR.; K.; TREVIZAN, M. A.; MENDES, I. A. C. Gestão do conhecimento na saúde: revisão sistemática de literatura. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 2, p. 1-9, 2012.

ROSSI, F. The governance of university-industry knowledge transfer. **European Journal of Innovation Management**, v. 13, n. 2, p. 155-171, 2010.



RUBENSTEIN-MONTANO, B.; LIEBOWITZ, J.; BUCHWALTER, J.; MCCAW, D.; NEWMAN, B.; REBECK, K. A systems thinking framework for knowledge management. **Decision Support Systems**, v. 31, p. 5-16, 2001.

RUSU, L. Knowledge management framework proposal – case study. **Analele Universității Eftimie Murgu Reșița, Fascicula de Inginerie**, v. 13, n. 1, p. 307-312, 2006.

SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 31, n. 5, p. 538-542, 1997.

SGTES – SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. Edital n.º 13, de 28 de setembro de 2015. Seleção para o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde: PET-Saúde/GRADUASUS – 2016/2017. **Diário Oficial da União**, 29 set. 2015.

SHAHMORADI, L.; SAFADARI, R.; JIMMA, W. Knowledge management implementation and the tools utilized in healthcare for evidence-based decision making: a systematic review. **Ethiopian Journal of Health Sciences**, v. 27, n. 5, p. 541, 2017. (apêndices)

SILVA, G. P. de A. A gestão de conhecimentos críticos aplicada ao dia a dia do trabalho: a missão de ampliar o compartilhamento, aprimorar a tomada de decisão e aperfeiçoar processos de trabalho. *In*: CONGRESSO CONSAD DE GESTÃO PÚBLICA, 8., 2015, p. 43.

SILVA, J. A. M; PEDUZZI, M; ORCHARD, C.; LEONELLO, V. M. Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, p. 16 - 24, 2015.

SOUZA, P. R. C. de. A reforma universitária de 1968 e a expansão do ensino superior federal brasileiro: algumas ressonâncias. **Cadernos de História da Educação**, v. 7, p. 117-134, jan./dez. 2008.

STEFANO, N. M.; FREITAS, M. do C. D.; CASAROTTO FILHO, N.; MARTINEZ, M. A. T. Gestão de ativos intangíveis: implicações e relações da gestão do conhecimento e capital intelectual. **Perspectivas em Gestão & Conhecimento**, v. 4, n. 1, p. 22-37, 2014.

SUNGUYA, B. F.; HINTHONG, W.; JIMBA, M.; YASUOKA, J. Interprofessional education for whom? Challenges and lessons learned from its implementation in developed countries and their application to developing countries: a systematic review. **PLoS ONE**, v. 9, n. 5, 2014.

SVEIBY, K. **Gestão do conhecimento**: as lições dos pioneiros. 2001. 6 p.

TAKEUCHI, H.; NONAKA, I. **Gestão do conhecimento**. v. 83. Porto Alegre: Bookman, 2008.

TARAPANOFF, K. (Org.). **Inteligência, informação e conhecimento em corporações**. Brasília: IBICT / UNESCO, 2006.

UFSC – UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. **Objetivos e funcionamento**. Disponível em: <<https://unasus.ufsc.br/o-que-e/>>. Acesso em: 17 maio 2019.

UNIVILLE – UNIVERSIDADE DA REGIÃO DE JOINVILLE. **Relatório final do Pró-Saúde II** – A universidade a serviço da saúde. Período 2008-2016. Joinville, 2017a.

UNIVILLE – UNIVERSIDADE DA REGIÃO DE JOINVILLE. **Relatório final do Pró-Saúde III** – A universidade a serviço da saúde. Período 2012-2017. Joinville, 2017b.

VIANNA, L. A. C. **Processo saúde-doença**. 2011. Disponível em: <<http://www.unasus.unifesp.br>>.

WIIG, K. M. **Knowledge management foundations – thinking about thinking: how people and organizations create, represent and use knowledge**. Arlington, TX: Scheme Press, 1993.

WILSON, A. J.; PALMER, L.; LEVETT-JONES, T.; GILLIGAN, C.; OUTRAM, S. Interprofessional collaborative practice for medication safety: nursing, pharmacy, and medical graduates' experiences and perspectives. **Journal of Interprofessional Care**, v. 30, n. 5, p. 649-654, 2016.

WORASINCHAI, L.; RIBIÈRE, V. M.; ARNTZEN, A. A. B. Working knowledge, the university-industry linkage in Thailand: concepts and issues. **Vine**, v. 38, n. 4, p. 507-524, 2008.

## APÊNDICES

**Apêndice A.** Síntese dos artigos selecionados para leitura a partir dos descritores “*knowledge management health and systematic review*”

<b>Título</b>	<b>Autores</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Resultados na atenção à saúde</b>
Lições do setor empresarial para o sucesso da gestão do conhecimento em saúde: Uma revisão sistemática	Anita Kothari, Nina Hovanec, Robyn Hastie e Shannon Sibbald	O trabalho consistiu em resumir estudos anteriores da literatura empresarial que exploraram conhecimentos específicos ferramentas de gestão, com o objetivo de extrair lições que pudessem ser aplicadas no domínio da saúde.	Foram pesquisados sete bancos de dados usando palavras-chave como "gestão do conhecimento", "organizacional conhecimento" e "desempenho dos negócios". Incluímos artigos publicados entre 2000-2009; excluímos não artigos em inglês.	Foram revisados 83 artigos e os resultados na atenção à saúde apontaram três pontos: (1) descobrir razões para iniciar as estratégias de gestão conhecimento, (2) identificar potenciais estratégias / soluções de gestão do conhecimento e (3) descrever os facilitadores e as barreiras à gestão do conhecimento
Comunidades de prática (CoPs) para melhorar o resultados na atenção à saúde de saúde: uma revisão sistemática	Liza Barbour, Rebecca Armstrong, Patrick Condron e Claire Palermo	Este trabalho tem como objetivo identificar se as CoPs têm um impacto medido sobre a prática de saúde pública e as ferramentas usadas para medir o impacto e as potenciais barreiras e facilitadores que podem ter sido identificados durante a implementação destas CoP.	Uma revisão sistemática da literatura foi realizada utilizando PRISMA diretrizes. Pesquisas de seis bases de dados, o Google Scholar e uma pesquisa de citações foram concluídas. Incluído estudos foram de 1986 a 2016, envolveu a força de trabalho de saúde pública e uma avaliação de uma intervenção. Uma síntese narrativa dos resultados na atenção à saúde foi realizada.	De 3.021 publicações, 12 estudos preencheram os critérios de inclusão e descreveram o impacto de dez CoPs entre os profissionais de saúde pública da América, Canadá, Australásia e Reino Unido. As CoPs apóiam a força de trabalho de prevenção para mudar sua prática quando fornecem solução de problemas estruturada, prática reflexiva e oportunidades de networking. Nenhum dos estudos descreveu o impacto de CoPs em resultados na atenção à saúde de saúde pública.
Implementação do Gerenciamento do Conhecimento e as Ferramentas Utilizadas na	Leila Shahmoradi, Reza Safadari e Worku Jimma	O objetivo desta revisão sistemática foi investigar a implementação da gestão do conhecimento e as ferramentas de gestão do	Três bases de dados, dois sites de periódicos e o Google Acadêmico foram utilizados como fontes para a revisão. Os principais	Verificou-se que a utilização da gestão do conhecimento na saúde é animadora. Existem inúmeras oportunidades para a implementação da gestão do conhecimento, embora

Assistência à Saúde para Tomada de Decisão Baseada em Evidências: Uma Revisão Sistemática		conhecimento usadas na saúde para a tomada de decisão informada.	termos utilizados para pesquisar artigos relevantes incluem: "Healthcare and Knowledge Management"; "Ferramentas de Gestão do Conhecimento em Saúde" e "Comunidade de Práticas em Saúde".	também existam algumas barreiras. Algumas das oportunidades que podem transformar a saúde são avanços na tecnologia de informação e comunicação em saúde, sistemas de apoio à decisão clínica, sistemas eletrônicos de registro de saúde, comunidades de prática e planejamento avançado de cuidados.
Gestão do conhecimento em saúde: revisão sistemática da literatura	Elyrose Sousa Brito Rocha; Patricia Nagliate; Claudia Elisangela Bis Furlan; Kerson Rocha Jr; Maria Auxiliadora Trevizan e Isabel Amélia Costa Mendes	o objetivo desta pesquisa foi realizar uma revisão sistemática da literatura, norteada pela seguinte questão: quais as contribuições de trabalhos publicados em periódicos nacionais e internacionais sobre Gestão do Conhecimento na saúde, no período de 2000 a 2010?	Para atender os objetivos deste estudo, realizou-se uma revisão sistemática da literatura, de acordo com critérios definidos(8-10), e com base nos seguintes passos metodológicos: 1. seleção da questão para a revisão; 2. seleção da amostra; 3. definição das características dos estudos da amostra com base em critérios de inclusão definidos pelos autores; 4. análise dos resultados na atenção à saúde utilizando instrumento adaptado daquele que foi elaborado por Polleti e Caliri(10); 5. discussão dos resultados na atenção à saúde e 6. apresentação e divulgação dos resultados na atenção à saúde.	Os resultados na atenção à saúde mostraram que 78% dos periódicos que publicaram sobre o assunto são internacionais, 77% dos pesquisadores atuam em ensino superior e 65% possuem título de doutor. Os textos originaram cinco categorias temáticas, sendo as principais: desenvolvimento de sistemas de gestão do conhecimento em saúde (37,5%), discussões sobre a aplicação da gestão do conhecimento em saúde (28,1%) e função do enfermeiro na gestão do conhecimento (18,7%).

<p>Práticas de gestão do conhecimento nas configurações de saúde: uma revisão sistemática</p>	<p>Ioanna Karamitri1*, Michael A. Talias2and Thalia Bellali</p>	<p>Este artigo tem como objetivo resumir os resultados na atenção à saúde de uma revisão sistemática sobre GC dentro de saúde, e identificar as melhores práticas e barreiras. Assim, este artigo poderia ser um ponto de partida útil para os gestores que querem colocar em ação iniciativas de KM para o seu ambiente de saúde.</p>	<p>pesquisa bibliográfica sistemática de artigos revisados por pares que descreviam os principais elementos do KM usando três bases de dados (Medline, Cinahl e Health Source: enfermagem / edição acadêmica) por um período de 10 anos período (1/1 / 2004-25 / 11/2014). Os artigos incluídos foram submetidos a conteúdo qualitativo análise. Foram recuperados 604 artigos, dos quais 20 artigos foram elegíveis para análise. O máximo de os estudos (n = 13) utilizaram uma metodologia qualitativa.</p>	<p>Os principais elementos que surgiram foram os seguintes: percepções de GC, síntese, disseminação, colaboração, meios de GC e liderança. Além disso, este estudo identificou barreiras para Implementação de KM, como restrições de tempo e habilidades limitadas. Os gerentes de saúde devem cultivar um ambiente de conhecimento, operar como modelos, fornecer as ferramentas para KM e recompensar pessoas que atuam como corretores de conhecimento. Oportunidades de colaboração e conhecimento partilha deve ser encorajada. KM bem sucedida deve ser centrada no paciente para obter o máximo valor.</p>
---	---	--	--	--

Fonte: Primária (2019)

**Apêndice B:** Síntese de artigos de Revisão Sistemática referentes a EIP

Título/autores/ ano de publicação	Objetivo/ Palavras-chave	Metodologia	Resultados na atenção à saúde	Conclusões
<p><b>Revisão sistemática da BEME sobre os efeitos da Educação Interprofissional:</b> Guia BEME No. 39</p> <p>Scott Reeves, Simon Fletcher, Hugh Barr, Ivan Birch, Sylvain Boet, Nigel Davies, Angus McFadyen, Josette Rivera &amp; Simon Kitto</p> <p>Centre for Health &amp; Social Care Research, Kingston University and St George's, University of London, London, UK; Centre for the Advancement of Interprofessional Education, London, UK; Sheffield Teaching Hospitals NHS Foundation Trust, Sheffield, UK; Faculty of Medicine, University of Ottawa, Ottawa, ON, Canada; Faculty of Health &amp; Social Sciences, University of Bedfordshire, Bedford, UK; AKM-STATS, Scotland, UK; Department of Medicine, University of California, San Francisco, CA, USA</p> <p>2016</p>	<p>O objetivo geral desta revisão foi atualizar uma revisão anterior da BEME publicada em 2007. Esta atualização teve por objetivo Sintetizar a natureza evolutiva das evidências do IPE.</p>	<p>Para atualizar a revisão anterior do BEME (que procurou por literatura até abril de 2005), esta revisão procurou as seguintes bases de dados eletrônicas: Medline, CINAHL, BEI e ASSIA de Maio de 2005 a junho de 2014. Trabalhos publicados em inglês ou Francês foram incluídos. Vinte e cinco (25) estudos identificados a partir da busca atualizada foram adicionados aos 21 estudos existentes e formaram uma narrativa única com todos os estudos incluídos. Isso significou que a abordagem narrativa de análise e síntese acomodou a natureza diversa dos quarenta e seis (46) estudos de EIP.</p>	<p>Os resultados na atenção à saúde desse estudo foram analisados considerando as seguintes abordagens:</p> <p>Síntese do presságio, processo e produto; Fatores do Preságio; Contexto da EIP; Características do professor; Características do aluno; Fatores do processo; Fatores do produto; Resultados na atenção à saúde de Reação, percepções / atitudes e conhecimentos / habilidades; Resultados na atenção à saúde comportamentais, organizacionais e de pacientes / clientes.</p>	<p>Esta atualização forneceu evidências de que fatores de contexto e processo relatados na revisão anterior continuam a ter ressonância nos resultados na atenção à saúde da EIP.</p> <p>Os 25 estudos mais recentes ampliaram o volume de resultados na atenção à saúde relatando e indicando que a EIP pode afetar a mudança através de vários níveis de resultados na atenção à saúde.</p> <p>Foram descritos o crescimento e evidências da EIP, o que pode contribuir no planejamento de currículo e educadores sobre o uso de diferentes tipos de iniciativas EIP, <b>fornecendo informações úteis para gestores, políticos e profissionais na satisfação dos alunos, nas atitudes percepções, conhecimento, habilidades colaborativas e comportamentos, tanto quanto, na melhoria da prestação de serviços e atendimento ao paciente.</b></p>

<p><b>A eficácia da Educação Interprofissional na saúde: uma revisão sistemática e meta-análise</b> Salman Yousuf Guraya, Hugh Barr</p> <p>Departamento de Ciências Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de Sharjah, Sharjah, Emirados Árabes Unidos Universidade de Londres de St George, Cranmer Terrace, Londres, Reino Unido</p> <p>Dezembro de 2017</p>	<p><b>Determinar a eficácia do EIP, em termos de melhoria dos conhecimentos, habilidades e atitudes dos alunos.</b></p> <p>“Educação Interprofissional ”E“ profissionais de saúde ”E“ multiprofissional ”E“ impacto ”E “Eficácia” OU “prática colaborativa” OU “estudantes de medicina”</p>	<p>Esta revisão sistemática e meta-análise foi conduzida para explorar o impacto da Educação Interprofissional (EIP) e cuidados de saúde</p> <p>Foram analisados 12 estudos</p>	<p>Os achados desta revisão sistemática e meta-análise relataram melhorias significativas na pré e pós pontuações após incorporar o módulo EIP em vários campos médicos, determinado pela aquisição aprimorada de conhecimentos, habilidades e atitudes dos alunos.</p> <p>A limitação do estudo foi o número insuficiente de estudos em disciplina no sistema de saúde, refletida pela heterogeneidade de estudos selecionados. No entanto, o efeito resumido da meta-análise relatou eficácia significativa do projeto pré-pós para EIP em módulos diversos. Estudos futuros tais como ensaios controlados randomizados podem lançar luz sobre uma análise mais objetiva, determinando o desempenho clínico.</p>	<p>Este estudo identificou resultados na atenção à saúde positivos da educação e intervenção pelo ensino e desenvolvimento de cursos de EIP em várias disciplinas de saúde. <b>A eficácia do pré e pós teste demonstrou um impacto positivo para melhorar o conhecimento, habilidades e atitudes dos alunos sobre trabalho colaborativo em equipe.</b> No entanto, gerenciar o número crescente de alunos matriculados em cada semestre, cursos obrigatórios, agendamento, horários e alocando tempo suficiente e encontrando ensino apropriado e recursos para atender coorte precisa de esforços coesos pela administração e faculdade. Há necessidade de mais pesquisas para explorar fatores que podem determinar resultados na atenção à saúde educacionais de estudantes de medicina sobre a eficácia do programa EIP.</p>
<p><b>Uma revisão sistemática da eficácia da Educação Interprofissional em saúde</b> Samuel Lapkin, Tracy Levett-Jones, Conor Gilligan</p>	<p>O objetivo desta revisão sistemática foi <b>identificar as melhores evidências disponíveis para a efetividade da Educação Interprofissional</b></p>	<p>A revisão incluiu todos os ensaios clínicos randomizados e estudos quase-experimentais em dois ou mais grupos de profissionais de saúde de graduação ou pós-graduação, independente</p>	<p>Os estudos não foram unânimes nos resultados na atenção à saúde, porém apresentaram evidências positivas em três categorias: Alterações Atitudinais; Resultados na atenção à</p>	<p><b>Os resultados na atenção à saúde desta revisão indicam que as atitudes dos estudantes em relação a colaboração interprofissional e capacidade de decisão clínica pode ser</b></p>



<p>Escola de Enfermagem e Obstetrícia, Universidade de Newcastle, Callaghan, NSW 2308, Austrália Escola de Medicina e Saúde Pública, Universidade de Newcastle, Callaghan, NSW 2308, Austrália</p> <p>Novembro de 2011</p>	<p><b>universitária para estudantes de saúde</b></p>	<p>de gênero, idade ou disciplina; tipos de intervenções; qualquer universidade e abordagens pedagógicas à Educação Interprofissional. Incluiu também qualquer medida objetivamente mensurada ou autorreferida, resultados na atenção à saúde educacionais e / ou competências profissionais relacionadas Educação Interprofissional avaliada por instrumentos validados . Foram analisados 09 estudos</p>	<p>saúde de Aprendizagem; Abordagens EIP</p> <p>Além disso, a medição do impacto de EIP a longo prazo sobre os principais comportamentos na prática clínica representa um desafio para futuras pesquisas.</p>	<p><b>aprimorado através do EIP.</b> No entanto, pouca evidência existe em relação aos ganhos com a EIP que podem ser sustentados ao longo do tempo. Além disso, a evidência para usar a EIP para ensinar habilidades de comunicação, objetivos de atendimento ao paciente e habilidades clínicas como a ressuscitação é inconclusiva e precisa de mais investigação. É importante notar que nenhum estudo relatou resultados na atenção à saúde completamente negativos como resultado das intervenções da EIP.</p>
<p><b>Educação Interprofissional em atenção primária à saúde para o nível de entrada dos estudantes. Revisão sistemática da literatura</b> Fiona Kent Jenn, Jennifer L. Keating</p> <p>Maio de 2015</p>	<p>O objetivo desta revisão sistemática foi <b>determinar o que é conhecido sobre a Educação Interprofissional ou a prestação de cuidados de saúde, quando os alunos trabalham em clínicas de atenção primária.</b></p>	<p>Os participantes dos estudos incluídos tinham que ser estudantes no nível de entrada de pelo menos dois grupos profissionais de medicina, Enfermagem ou qualquer disciplina de saúde aliada. O cenário da educação deveria ser atendimento primário, ou ambulatorial. Projetos focados em alunos que realizavam as visitas domiciliares foram excluídos. Os estudantes tinham que estar engajados na prestação de serviços. Para atender aos critérios interprofissionais, o relatório tinha que</p>	<p>Múltiplas oportunidades de aprendizagem clínica interprofissional foram criadas, predominantemente na América e com comunidades carentes. Além dos estudos que atenderam aos nossos critérios de inclusão, outros 172 artigos potencialmente importantes, indica o volume e amplitude do trabalho educacional que está sendo realizado nesta área. Contudo, a qualidade dos estudos neste campo é fraca, limitando tanto a análise, quanto conclusões baseadas em dados reportados. Não fomos capazes de</p>	<p><b>A detecção de lacunas na atenção à saúde e identificação de serviços apropriados ou a administração exige que os alunos olhem além de sua própria disciplina, facilitando uma melhor consciência do papel e serviços que outras disciplinas oferecem. Alunos voluntários também ganham habilidades de trabalho em equipe e um maior conhecimento dos papéis de outras disciplinas.</b> Não há provas convincentes de que a participação resulta em</p>

		<p>descrever alguma interatividade entre as disciplinas, assistência ou aprendizagem, embora a aprendizagem interprofissional especificada, objetivos ou atividades, não eram essenciais.</p> <p>Foram analisados 20 estudos</p>	<p>confiantemente responder a nossa pergunta sobre o efeito do estudo interprofissional em clínicas de cuidados primários na aprendizagem do aluno e resultados na atenção à saúde de saúde do paciente. Principais resultados na atenção à saúde encontrados: Há uma melhora positiva em relação a Conhecimento de papéis, competências,  consciência social e cultural e ganho do paciente.</p>	<p>uma mudança de atitudes em relação a outras disciplinas. Não há evidências suficientes para estabelecer a efetividade do cuidado entregue em comparação com equipes de disciplina única. Ensaio Experimentais comparando alunos interprofissionais a disciplinas individuais em cuidados são necessários para determinar as vantagens relativas da Educação Interprofissional.</p>
<p><b>Resultados na atenção à saúde da Educação Interprofissional objetivamente mensurados e fatores que aumentam a eficácia do programa: uma revisão sistemática</b> R. Riskiyanaa, *, M. Claramitab, G.R. Rahayub</p> <p>a Programa de Pós-Graduação em Educação Médica, Faculdade de Medicina, Universitas Gadjah Mada, Indonésia b Departamento de Educação Médica, Faculdade de Medicina, Universitas Gadjah Mada, Indonésia</p> <p>Abril de 2018</p>	<p>Este estudo visa generalizar os resultados na atenção à saúde de aprendizagem produzidos pela EIP em um contexto global e analisar a contribuição fatores.</p>	<p>Um conjunto de quatro critérios foi atribuído para seleção dos estudos. Foi adotado o modelo Population-Intervention-Context-Outcome (PICO) padrão para garantir que os artigos incluídos correspondessem aos objetivos do estudo. A qualidade dos estudos foi avaliada utilizando a Qualidade do Estudo de Pesquisa em Educação Médica (MERSQI). Cada artigo incluído foi analisado usando o método narrativo para obter as informações. Foram incluídos 16 artigos.</p>	<p>O impacto da EIP na melhoria da colaboração interprofissional, competências e qualidade de atendimento foram observadas. Os dezesseis estudos mostraram que a EIP levou à melhoria em todos os domínios da competência colaboração interprofissional. Os resultados na atenção à saúde sugeriram que a EIP aumenta a compreensão e desempenho na colaboração interprofissional. Principais competências mostradas nos estudos: Valores e ética; Papéis e responsabilidades; Comunicação Interprofissional;</p>	<p><b>A Educação Interprofissional tem um impacto potencial no aprimoramento do trabalho interprofissional e na competência colaborativa. Neste estudo foi mostrado que a EIP melhora o conhecimento colaborativo interprofissional, habilidades como comportamento, e qualidade do atendimento. Considerando o impacto potencial para a qualidade dos cuidados de saúde, é importante planejar e projetar cuidadosamente um programa de EIP para torná-lo efetivo. Mais</b></p>

			Trabalho em equipe	estudos também são encorajados para entender melhor o uso de atividades de formação de equipes em um programa de EIP, bem como que tipo de atividades de construção de equipe pode melhor se adequar a aprendizagem colaborativa interprofissional.
<p><b>A eficácia da Educação Interprofissional: resultados na atenção à saúde de uma nova revisão sistemática</b> SCOTT REEVES, MERRICK ZWARENSTEIN, JOANNE GOLDMAN, HUGH BARR, DELLA FREETH5, IVAN KOPPEL, &amp; MARILYN HAMMICK</p> <p>Correspondência: Scott Reeves, Instituto de Conhecimento Li Ka Shing do Hospital St Michael, Universidade de Toronto, 30 Bond Street, Toronto, Ontário Canadá M5B 1W8. Tel: 4161 416 864 6060 2417. Fax: 4161 416 864 6057. E-mail: <a href="mailto:scott.reeves@utoronto.ca">scott.reeves@utoronto.ca</a></p> <p>Maio de 2010</p>	<p>Este estudo relata os resultados na atenção à saúde da atualização da revisão sistemática Cochrane (Reeves et al., 2008), e, além disso, posiciona essas descobertas dentro do contexto da base de evidências e evolução da EIP.</p> <p>Esta revisão teve dois objetivos principais. Primeiro, <b>avaliar a eficácia das intervenções de EIP em comparação com intervenções de educação em que as mesmas profissões estavam aprendendo separadamente um do outro; segundo, avaliar a eficácia das intervenções de EPI em comparação com</b></p>	<p>Foram analisados seis estudos. Todos os seis estudos refletiram o segundo objetivo de avaliar a eficácia das intervenções de EPI em comparação com o grupo controle que não recebeu intervenção educacional. Com esta revisão se identificou um pequeno número de estudos elegíveis, pois ainda temos compreensão limitada dos efeitos da EIP e como os resultados na atenção à saúde desejados são alcançados. Dois principais fatores restringem a compreensão: a heterogeneidade das intervenções de EIP e limitações metodológicas dos estudos. Essas questões remetem ao fenômeno das</p>	<p>Uma intervenção de EIP foi definida como ocorrendo quando membros de mais de uma profissão e / ou de assistência social a saúde que aprendem interativamente juntos, para o propósito explícito de melhorar a colaboração interprofissional e / ou saúde / bem estar dos pacientes / clientes. Apenas os alunos pós-graduados foram o foco da revisão Cochrane. Os critérios de inclusão dos estudos foram incluídos: (1) houve uma intervenção em que ocorreu a troca interprofissional; (2) a educação ocorreu; (3) A prática profissional, os processos de atendimento ao paciente ou os resultados na atenção à saúde de saúde e satisfação foram relatados (medido objetivamente ou auto</p>	<p>É promissor que esta revisão atualizada da Cochrane identificou seis estudos relevantes, pois a primeira revisão não encontrou estudos. A identificação de quatro ECRs e dois CBAs indica que a qualidade da pesquisa quantitativa sobre EIP está melhorando. Além disso, o fato de que quatro, dos seis estudos, relataram uma série de resultados na atenção à saúde positivos, incentiva para continuar a entender, em termos mais abrangentes, os efeitos do EIP. <b>Os resultados na atenção à saúde desta revisão apontam para a necessidade de continuar a fortalecer a qualidade dos estudos que empregam métodos quantitativos e qualitativos para garantir que possam fornecer</b></p>

	<b>grupos de controle que não receberam intervenção educacional.</b>	intervenções complexas e a necessidade de estudos múltiplos e rigorosos para examinar sua eficácia.	relatado com instrumento validado); (4) A intervenção foi por ensaio clínico randomizado e controlado (ECR), Controle antes e depois (CBA) ou projetos de séries temporais (ITS).	<b>visões abrangentes sobre os efeitos do EIP.</b>
<p><b>Um estudo comparativo de Educação Interprofissional em cuidados em saúde no mundo.</b>  <b>Uma revisão sistemática</b>  Chulani Herath, PhD, Yangfeng Zhou, PhD, Yong Gan, PhD, Naomie Nakandawire, MS, Yanghong Gong, PhD, Zuxun Lu, PhD, MD *  CHINA</p> <p>Junho de 2017</p>	Este estudo foi realizado para <b>examinar as incidências de EIP e resumir as principais características dos programas de EIP na graduação e pós-graduação em países desenvolvidos e em desenvolvimento.</b>	Foram utilizadas as diretrizes do PRISMA 2009 As seguintes palavras-chave foram utilizadas: “interprofissional global educação” OU “iniciativas de Educação Interprofissional ” E “Programas de graduação” ou “programas de pós-graduação”. Os estudos foram incluídos se investigassem a implementação da EIP.	Vários artigos descreveram as múltiplas disciplinas e departamentos que conduziram programas de EIP. Os resultados na atenção à saúde mostraram que entre todas as disciplinas de ciências da saúde, a enfermagem era o curso que mais realizava os programas de EIP. Além disso, medicina, farmácia e odontologia foram os três principais departamentos que frequentemente estabelecem programas de EIP. Obstetrícia, fisioterapia, terapia ocupacional e outras ciências incorporaram programas EIP, mas iniciativas específicas de EIP implementados por esses departamentos não foram encontrados. Os componentes centrais dos currículos e do conteúdo dos módulos de EIP foram baseados principalmente na estrutura do conhecimento,	Os achados desta revisão sistemática mostraram que as iniciativas de EIP foram predominantes no Canadá, nos Estados Unidos, nos Reino Unido, Austrália e países europeus. Em contraste, leve melhorias foram vistas nos países em desenvolvimento. Nesse estudo aparecem os macro, meso e micro determinantes para implementação da EIP. Em conclusão, a revisão sistemática <b>ilustrou que os programas de EIP variaram substancialmente em diferentes países. No mundo todo as iniciativas de EIP foram progressivamente desenvolvidas nos países desenvolvidos, mas insuficientes para atender às necessidades e metas de saúde para estabelecer o IPCP. Iniciativas de EIP são popularmente</b>

			<p>habilidades e valores. Além disso, a EIP ocorreu em grande parte em 3 formatos: currículos baseados em teoria, currículos clínicos e uma combinação de currículos baseados em teoria e em clínica</p> <p>Colocações clínicas IP foram tipicamente baseados em hospitais, comunidades, ou uma combinação dos dois locais. A profissão - prática clínica específica foi relatada em 1 estudo e prática clínica não estruturada de IP nos currículos foi identificada através dos programas EIP. Alguns estudos mostraram que evidências baseadas em práticas clínicas e EIP ocorreram em departamentos específicos.</p> <p>Os métodos de ensino didático e interativo empregados nos Programas de EIP variaram muito entre as universidades.</p>	<p><b>realizadas no nível de graduação, enquanto um menor número de iniciativas foram vistas no nível de pós-graduação. Universidades devem expandir ainda mais o escopo dos programas de EIP e coordenar programas de EIP em cada etapa. Os resultados na atenção à saúde desta revisão enfatizam a necessidade de elucidar melhor a política de educação em saúde, implementar políticas para reduzir as desigualdades nas iniciativas de EIP e melhorar a qualidade e quantidade de programas de EIP para buscar a igualdade em saúde. Mais estudos objetivando avaliar os efeitos dos programas de EIP em diferentes instituições, diferentes tipos de programas, diferentes colocações clínicas e diferentes métodos de ensino são necessários.</b></p>
<p><b>Educação Interprofissional em saúde: uma revisão sistemática</b></p>	<p>Esta revisão sistemática procurou <b>descobrir a melhor abordagem para formação em</b></p>	<p>Foram incluídos estudos nesta revisão sistemática, que descreveram o resultado das atividades de EIP</p>	<p>As descobertas sugerem que a EIP incluída nos currículos em universidades, é viável e</p>	<p>Os autores concluíram que para futuras pesquisas sobre EIP é necessário ir além da avaliação dos resultados na</p>

<p>Rebecca Olson &amp; Andrea Bialocerkowski</p> <p>Escola de Ciências e Saúde da Universidade de Western Sydney, Penrith, Nova Gales do Sul, Austrália Griffith Health Institute, Universidade Griffith, Gold Coast, Queensland, Austrália 2014</p>	<p><b>saúde aliada a EIP para determinar quais aspectos requerem modificação e em que contextos, para fornecer experiências de aprendizagens ideais.</b></p>	<p>realizado por estudantes em formação de cursos universitários nas profissões de saúde, aliados a gestão de serviços de saúde.</p> <p>No total, 17 estudos preencheram os critérios e foram incluídos nas análises. Isso incluiu nove estudos de métodos mistos, três estudos qualitativos e cinco estudos quantitativos.</p>	<p>eficaz. Intervenções no cenário do paciente que apresentam trabalho em grupo em pequenas equipes, em oposição a palestras de EIP, pode levar a melhores atitudes em relação a interação interprofissional e trabalho em equipe, e melhor compreensão dos papéis dos profissionais de saúde. Relatórios e conclusões sobre duração são limitados; no entanto, as intervenções de 2,5 horas foram descritas pelos participantes como muito breve.</p> <p>Embora podemos concluir que o EIP funciona, nossa compreensão das relações entre diferentes modos de EIP e os resultados na atenção à saúde são limitados.</p>	<p>atenção à saúde de EIP e compreender os processos. Artigos de revisão recentes pedem a avaliação de intervenções em EIP com consistentes ferramentas válidas. Os autores deste estudo, entretanto, sugerem que pesquisas futuras sobre EIP devem priorizar a compreensão indutiva dos mecanismos por trás da socialização interprofissional. Devem também, adotar epistemologias apropriadas para este fim e empregar métodos de pesquisa que permitam ter dados a longo prazo, incluindo o processo e incluir o contexto, antecedentes, fatores sócio-culturais e teoria em sua coleta de dados e análise. Além disso, sugerem que a transferibilidade entre profissões, instituições e países não deve ser assumida como certa.</p>
<p><b>Educação Interprofissional para quem? - Desafios e lições aprendidas de sua implementação em Países desenvolvidos e sua aplicação para Países em desenvolvimento: uma revisão sistemática</b> Bruno F. Sunguya, Woranich Hinthong, Masamine Jimba, Junko Yasuoka</p>	<p>Há evidências disponíveis sobre a eficácia potencial da Educação Interprofissional (EIP) para promover cooperação, melhorar a satisfação profissional e melhorar o atendimento ao paciente. Enquanto a intenção da</p>	<p>Nesta revisão, a EIP foi a intervenção de interesse. A população de interesse incluía estudantes, funcionários e professores de escolas médicas, biomédicas e de enfermagem e líderes de instituições ou</p>	<p>Principais barreiras/desafios encontradas: <b>1-Curriculo</b> <b>2-Lideranças</b> <b>3- Recursos</b> <b>4-Estereótipos e atitudes</b> <b>5-Variade de estudantes</b> <b>6-Conceito de EIP: conceito e metodologia de programas de EIP</b></p>	<p><b>Esta revisão encontrou uma série de desafios e barreiras para implementação da EIP, em estudos realizados em países desenvolvidos. Dos 10, três foram descritos em estudos realizados em países em desenvolvimento: limitação, desafios de liderança e estereótipos.</b></p>

<p>9Departamento de Saúde Comunitária e Global, Faculdade de Medicina, Universidade de Tóquio, Tóquio, Japão, Departamento de Medicina Social e Ambiental, Faculdade de Medicina Tropical, Universidade Mahidol, Bangkok, Tailândia</p> <p>Maio de 2014</p>	<p>Organização Saúde Mundial (OMS) é implementar EIP em todos os países, a evidência vem de países desenvolvidos sobre a sua eficiência, desafios e barreiras ao planejamento e implementação de EIP. <b>O objetivo deste estudo foi examinar os desafios de implementar a EIP para sugerir possíveis caminhos para superar os desafios previstos nos países em desenvolvimento.</b></p>	<p>gerentes. Examinamos desafios ou barreiras encontradas durante a implementação da EIP e possíveis estratégias usadas para superar esses desafios. As lições aprendidas com tais estudos de EIP foram usados para fazer sugestões para planejamento, iniciação, e implementação nos países em desenvolvimento. Foram estudados e apresentados desafios e barreiras para implementação da EIP.</p>	<p><b>diferem de uma instituição para outra.</b>  <b>7-Ensino.</b>  <b>8- Entusiasmo.</b>  <b>9- Jargões Profissionais.</b>  <b>10- Acreditação</b></p>	<p>Contudo, os desafios observados nesta revisão sugerem que os demais sete também são potencialmente importantes para os países em desenvolvimento. Conscientes desses desafios e barreiras com antecedência, aqueles que procuram planejar e implementar programas de EIP em países em desenvolvimento, estarão muito mais preparado e mais resistentes para alcançar o sucesso.</p>
---	--	---	---	--

Fonte: Primária (2019)

**Apêndice C:** Critérios de busca e elegibilidade de estudos relacionados a Gestão do Conhecimento, Universidade e Cuidados em Saúde; Educação Interprofissional: Revisões Sistemáticas, no Portal de Periódicos CAPES

Portal de Periódicos da CAPES, com acesso as bases de dados EBSCO, Lilacs, Medline, Pubmed, Bireme	"knowledge management and university", e os filtros de pesquisa delimitada com "contém no título" e com os elementos delimitadores "artigos completos", universities, knowledge management and schools and educational services	Quatorze (14) estudos foram encontrados	Dos quinze estudos, ao revisar os títulos, nove foram selecionados para leitura dos resumos. Desses nove, foi possível perceber pelos resumos que todos tratam do tema GC nas universidades, sendo que dois deles incluem a interface com o ambiente externo, neste caso a interação entre a universidade e a indústria e um considera que a GC pode contribuir para melhorar o ambiente educacional	Os estudos selecionados para leitura na íntegra têm como título "The governance of university-industry knowledge transfer" de autoria de Federica Rossi (2010) e "Working knowledge, the university-industry linkage in Thailand: concepts and issues" de autoria de Lugkana Worasinchai and Vincent M. Ribiére (2008)  Conferido em 14-10
Portal de Periódicos da CAPES, com acesso as bases de dados EBSCO, Lilacs, Medline, Pubmed, Bireme	Para os termos Knowledge management university and interface. Critérios de busca: busca avançada e com a delimitação no título contém.	Foi encontrado um (01) artigo	Um (01) artigo lido na íntegra	O estudo selecionado para leitura na íntegra tem como título "Gestión del conocimiento y universidad: Exploración de las condiciones de interface con el sector externo Knowledge management and university: study of the terms of interface with the external sector " de autoria de Álvaro Enríquez Martínez (2014).  Conferido em 14-10
Portal de Periódicos da CAPES, com acesso as bases de dados EBSCO, Lilacs, Medline, Pubmed, Bireme	"knowledge management university" e "interaction". Critérios de busca: busca avançada e com a delimitação no título contém.	Foram encontrados seis (06) estudos.	Para esses termos foram encontrados seis estudos. Ao serem revisados, identificou-se que um estava repetido, quatro apresentavam em seu conteúdo termos adotados nas práticas de gestão do conhecimento, como compartilhamento, transferência e interação, mas não se referiam à GC	O estudo selecionado para leitura na íntegra tem como título "University business models in disequilibrium – engaging industry and end users within university technology transfer processes" de autoria de <u>Maura</u>



			propriamente dita, no contexto da interação entre a universidade e o ambiente externo, e um deles foi selecionado para leitura.	<u>McAdam</u> ; <u>Kristel Miller</u> e <u>Rodney McAdam</u> Conferido em 15-01-19
Portal de Periódicos da CAPES, com acesso as bases de dados EBSCO, Lilacs, Medline, Pubmed, Bireme	<i>“knowledge management university and healthcare”</i> , Critérios de busca: busca avançada e com a delimitação no título é exato	Não foram encontrados resultados na atenção à saúde de pesquisas.		Conferido em 14-10
Portal de Periódicos da CAPES, com acesso as bases de dados EBSCO, Lilacs, Medline, Pubmed, Bireme	<i>“Interprofessional Education and Systematic Review”</i> Critérios de busca: busca avançada e com a delimitação no título é exato Período 2010 a 2018	Foram encontrados vinte (20) estudos.	Dos vinte (20) estudos encontrados, nove (09) foram selecionados para leitura na íntegra. Os demais estavam repetidos ou o tema se relacionava a uma área específica de atuação na área da saúde	Os títulos e resumos dos nove (09) artigos estão organizados no quadro 2  Conferido em 14-10

Fonte: Primária (2019)

Apêndice D: Quadro Referente aos Dados das DCN dos cursos da Área da Saúde

CURSO	DIRETRIZ	INDICAÇÕES DE FORMAÇÃO PARA ATUAR NA SAÚDE PÚBLICA - SUS	OBSERVAÇÕES
<b>EDUCAÇÃO FÍSICA</b>	RESOLUÇÃO Nº 7, DE 31 DE MARÇO DE 2004. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Educação Física, em nível superior de graduação plena.	<p>Art. 6º: As competências de natureza político-social, ético-moral, técnico profissional e científica deverão constituir a concepção nuclear do projeto pedagógico de formação do graduado em Educação Física.</p> <p>§ 1º A formação do graduado em Educação Física deverá ser concebida, planejada, operacionalizada e avaliada visando a aquisição e desenvolvimento das seguintes competências e habilidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnosticar os interesses, as expectativas e as necessidades das pessoas (crianças, jovens, adultos, idosos, pessoas portadoras de deficiência, de grupos e comunidades especiais) de modo a planejar, prescrever, ensinar, orientar, assessorar, supervisionar, controlar e avaliar projetos e programas de atividades físicas, recreativas e esportivas <b>nas perspectivas da prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde</b>, da formação cultural, da educação e reeducação motora, do rendimento físico-esportivo, do lazer e de outros campos que oportunizem ou venham a oportunizar a prática de atividades físicas, recreativas e esportivas.</li> <li>- Conhecer, dominar, produzir, selecionar, e avaliar os efeitos da aplicação de diferentes técnicas, instrumentos, equipamentos, procedimentos e metodologias para a produção e a intervenção acadêmico-profissional em Educação Física nos campos da prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, da formação cultural, da educação e reeducação motora, do rendimento físico-esportivo, do lazer, da gestão de empreendimentos relacionados às atividades físicas, recreativas e esportivas, além de outros campos que oportunizem ou venham a oportunizar a prática de atividades físicas, recreativas e esportivas</li> </ul>	Embora não esteja claramente especificada, na diretriz, a atuação do profissional de educação Física na saúde pública, é possível perceber que está subentendida a ideia, uma vez que as competências do profissional estão diretamente relacionadas com a <b>prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde</b> .
ENFERMAGEM	RESOLUÇÃO CNE/CES Nº 3, DE 7 DE NOVEMBRO DE 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem	<p>Art. 4º A formação do enfermeiro tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais:</p> <p>I - <b>Atenção à saúde</b>: os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de <b>prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde</b>, tanto em nível individual quanto coletivo. ....</p> <p>Art. 5º A formação do enfermeiro tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades específicas: III – estabelecer novas relações com o contexto social, reconhecendo a estrutura e as formas de organização social, suas transformações e expressões;</p>	Nas diretrizes para formação do Enfermeiro é possível identificar inúmeros elementos que remetem a indicação da formação de acordo com os princípios e finalidades do SUS. Destaca-se os termos <b>prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde</b> que estão citados mais de uma vez no documento. Destaca-se também a indicação para atuar em <b>equipes multiprofissionais</b> .

		<p><b>V – compreender a política de saúde no contexto das políticas sociais, reconhecendo os perfis epidemiológicos das populações;</b></p> <p><b>VI – reconhecer a saúde como direito e condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência,....;</b></p> <p>VII – atuar nos programas de assistência integral à saúde da criança, do adolescente, da mulher, do adulto e do idoso; VIII – ser capaz de diagnosticar e solucionar problemas de saúde, de comunicar-se, de tomar decisões, de intervir no processo de trabalho, de trabalhar em equipe e de enfrentar situações em constante mudança; XI – responder às especificidades regionais de saúde através de intervenções planejadas estrategicamente, em níveis de <b>promoção, prevenção e reabilitação à saúde, dando atenção integral à saúde dos indivíduos, das famílias e das comunidades;</b></p> <p>XIII – assumir o compromisso ético, humanístico e social com o trabalho multiprofissional em saúde.</p> <p>XIV – promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades tanto dos seus clientes/pacientes quanto às de sua comunidade, atuando como agente de <b>transformação social</b>; XVII – identificar as necessidades individuais e coletivas de saúde da população, seus condicionantes e determinantes;</p> <p>XIII – intervir no processo de saúde-doença, responsabilizando-se pela qualidade da assistência/cuidado de enfermagem em seus diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de <b>promoção, prevenção, proteção e reabilitação à saúde</b>, na perspectiva da <b>integralidade da assistência</b>;</p> <p>XX – prestar cuidados de enfermagem compatíveis com as diferentes necessidades apresentadas pelo indivíduo, pela família e pelos diferentes grupos da comunidade;</p> <p><b>XXII – integrar as ações de enfermagem às ações multiprofissionais;</b></p> <p>XXIV – planejar, implementar e participar dos programas de formação e qualificação contínua dos trabalhadores de enfermagem e de saúde;</p> <p>XXV – planejar e implementar programas de educação e promoção à saúde, considerando a especificidade dos diferentes grupos sociais e dos distintos processos de vida, saúde, trabalho e adoecimento;</p> <p>XXIX – utilizar os instrumentos que garantam a qualidade do cuidado de enfermagem e da assistência à saúde;</p> <p>XXX – participar da composição das estruturas consultivas e deliberativas do sistema de saúde;</p> <p>XXXII - cuidar da própria saúde física e mental e buscar seu bem-estar como cidadão e como enfermeiro; e</p> <p>XXXIII - reconhecer o papel social do enfermeiro para atuar em atividades de política e planejamento em saúde.</p>	
--	--	---	--

FARMÁCIA	<p>RESOLUÇÃO CNE/CES 2, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002.(*). Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia.</p> <p>NOVA DIRETRIZ – 2017</p> <p>RESOLUÇÃO Nº 6, DE 19 DE OUTUBRO DE 2017 (*) Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia e dá outras providências.</p>	<p>Art. 3º O Curso de Graduação em Farmácia tem como perfil do formando egresso/profissional o Farmacêutico, com <b>formação</b> generalista, humanista, crítica e reflexiva, <b>para atuar em todos os níveis de atenção à saúde</b>, com base no rigor científico e intelectual. Capacitado ao exercício de atividades referentes aos fármacos e aos medicamentos, às análises clínicas e toxicológicas e ao controle, produção e análise de alimentos, pautado em princípios éticos e na <b>compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade.</b></p> <p>Art. 4º A formação do Farmacêutico tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais:</p> <p><b>I - Atenção à saúde:</b> os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de <b>prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde tanto em nível individual quanto coletivo.</b> Cada profissional deve assegurar que sua <b>prática</b> seja realizada de forma <b>integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde</b>, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo;</p> <p>Art. 5º A formação do Farmacêutico tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades específicas:</p> <p><b>II - atuar em todos os níveis de atenção à saúde, integrando-se em programas de promoção, manutenção, prevenção, proteção e recuperação da saúde</b>, sensibilizados e comprometidos com o ser humano, respeitando-o e valorizando-o;</p> <p><b>III - atuar multiprofissionalmente, interdisciplinarmente e transdisciplinarmente</b> com extrema produtividade na promoção da saúde baseado na convicção científica, de cidadania e de ética;</p> <p><b>IV - reconhecer a saúde como direito</b> e condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a <b>integralidade da assistência</b>, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;</p>	<p>A partir da leitura das diretrizes para o curso de farmácia, em especial aquelas que estão em vigor no PPC do curso em 2018, destaca-se que a formação do farmacêutico deve contemplar a atuação em todos os níveis de atenção à saúde, <b>multiprofissionalmente, interdisciplinarmente e transdisciplinarmente</b> em em programas de <b>promoção, manutenção, prevenção, proteção e recuperação da saúde.</b></p>
----------	---	--	---

		V - exercer sua <b>profissão</b> de forma articulada ao contexto social, entendendo-a como uma <b>forma de participação e contribuição social</b> ;	
MEDICINA	RESOLUÇÃO Nº 3, DE 20 DE JUNHO DE 2014 (*) Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências.	<p>Art. 3º O graduado em Medicina terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para <b>atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença.</b></p> <p>Art. 4º Dada a necessária articulação entre conhecimentos, habilidades e atitudes requeridas do egresso, para o futuro exercício profissional do médico, a formação do graduado em Medicina desdobrar-se-á nas seguintes áreas:</p> <p><b>I - Atenção à Saúde;</b></p> <p>No artigo 5º, em relação a Atenção a Saúde, incisos VII e IX lê-se:</p> <p>VIII - <b>promoção da saúde</b>, como estratégia de produção de saúde, articulada às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribuindo para construção de ações que possibilitem responder às necessidades sociais em saúde;</p> <p>IX - cuidado centrado na pessoa sob cuidado, na família e na comunidade, no qual <b>prevaleça o trabalho interprofissional</b>, em equipe, com o desenvolvimento de relação horizontal, compartilhada, respeitando-se as necessidades e desejos da pessoa sob cuidado, família e comunidade, a compreensão destes sobre o adoecer, a identificação de objetivos e responsabilidades comuns entre profissionais de saúde e usuários no cuidado;</p> <p><b>II - Gestão em Saúde;</b></p> <p>No artigo 6º, em relação a Gestão em Saúde, incisos II e V lê-se:</p> <p>II - <b>Valorização da Vida</b>, com a abordagem dos problemas de saúde recorrentes na atenção básica, na urgência e na emergência, <b>na promoção da saúde e na prevenção de riscos e danos, visando à melhoria dos indicadores de qualidade de vida, de morbidade e de mortalidade</b>, por um profissional médico generalista, propositivo e resolutivo;</p> <p>V - <b>Liderança exercitada na horizontalidade das relações interpessoais</b> que envolvam compromisso, comprometimento, responsabilidade, empatia, habilidade para tomar decisões, comunicar-se e desempenhar as ações de forma efetiva e eficaz, mediada pela interação, participação e diálogo, tendo em vista o bem-estar da comunidade,</p>	<p>Na diretrizes para os cursos de Medicina, há indicações de que a formação do médico deve considerar a capacidade de atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde aspecto de Atenção à Saúde <b>com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo.</b></p> <p>Além disso as diretrizes apontam para a articulação entre os conhecimento, habilidades e atitudes que permitirão ao futuro profissional atuar na Atenção à Saúde, na Gestão em Saúde e na Educação em Saúde.</p> <p>As diretrizes sugerem também o cuidado e a necessidade de incluir o indivíduo, a família e ou a comunidade na construção do seu cuidado.</p>

		<p><b>III - Educação em Saúde;</b> No artigo 7º, em relação a Educação em Saúde, inciso III lê-se:</p> <p>III - <b>aprender interprofissionalmente</b>, com base na reflexão sobre a própria prática e pela troca de saberes com profissionais da área da saúde e outras áreas do conhecimento, para a orientação da identificação e discussão dos problemas, estimulando o aprimoramento da colaboração e da qualidade da atenção à saúde;</p>	
So ODONTOLOGIA	RESOLUÇÃO CNE/CES 3, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002.(*). Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia	<p>Art. 4º A formação do Cirurgião Dentista tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais:</p> <p>I - <b>Atenção à saúde</b>: os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de <b>prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo</b>. Cada profissional deve assegurar que sua <b>prática</b> seja realizada de forma <b>integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde</b>, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo;</p> <p>Art. 5º A formação do Cirurgião Dentista tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades específicas:</p> <p>II - <b>atuar em todos os níveis de atenção à saúde</b>, integrando-se em <b>programas de promoção, manutenção, prevenção, proteção e recuperação da saúde</b>, sensibilizados e comprometidos com o ser humano, respeitando-o e valorizando-o;</p> <p>III - <b>atuar multiprofissionalmente, interdisciplinarmente e transdisciplinarmente com extrema produtividade na promoção da saúde</b> baseado na convicção científica, de cidadania e de ética;</p> <p>IV - <b>reconhecer a saúde como direito</b> e condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;</p>	<p>A partir da leitura das diretrizes do curso de odontologia, destaca-se que a formação do Cirurgião Dentista deve contemplar a atenção à saúde, tanto em nível individual quanto coletivo, na <b>prevenção, proteção e reabilitação da saúde</b> nos programas em todos os níveis de atenção a saúde, <b>multiprofissionalmente, interdisciplinarmente e transdisciplinarmente</b>.</p>

		V - exercer sua <b>profissão</b> de forma articulada ao contexto social, entendendo-a como uma forma de <b>participação e contribuição social</b> ;	
PSICOLOGIA	RESOLUÇÃO Nº 5, DE 15 DE MARÇO DE 2011(1 ) Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia, estabelecendo normas para o projeto pedagógico complementar para a Formação de Professores de Psicologia.	<p>Art. 4º A formação em Psicologia tem por objetivos gerais dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais:</p> <p><b>I - Atenção à saúde:</b> os profissionais devem estar aptos a desenvolver ações de <b>prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde</b> psicológica e psicossocial, tanto em nível individual quanto coletivo, bem como a realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética;</p> <p>Art. 5º A formação em Psicologia exige que a proposta do curso articule os conhecimentos, habilidades e competências em torno dos seguintes eixos estruturantes:</p> <p>V - <b>Interfaces com campos afins do conhecimento para demarcar a natureza e a especificidade do fenômeno psicológico e percebê-lo em sua interação com fenômenos biológicos, humanos e sociais</b>, assegurando uma compreensão integral e contextualizada dos fenômenos e processos psicológicos;</p>	Nas diretrizes para o curso de Psicologia destaca-se as competências e habilidades gerais para Atenção à Saúde nos aspectos da <b>prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde</b> . Além disso há a indicação pra formação em Psicologia que mantenha <b>interface com campos afins</b> do conhecimento e especificidade do psicólogo com os fenômenos biológicos, humanos e sociais.

**Apêndice E.** Ordenamentos Legais, Carga Horária e Missão dos Cursos da Área da Saúde – Univille

Curso	Ordenamentos Legais	Carga Horária	Missão
Educação Física - Bacharelado	Criação: Resolução Consu n.º 19/04, de 24 de junho de 2004; Autorização: Parecer CEE n.º 440/04, de 16 de dezembro de 2004; Reconhecimento: Parecer n.º 398/08/CEE e Resolução n.º 160/08/CEE, de 25 de novembro de 2008, homologados pelo Decreto estadual n.º 2.029, de 16 de dezembro de 2008, publicado no DOE/SC n.º 18.511, em 16 de dezembro de 2008; Renovação de reconhecimento: Parecer n.º 306/14/CEE e Resolução n.º 187/14/CEE, homologados pelo Decreto estadual n.º 1.967, de 17 de janeiro de 2014, publicado no DOE/SC n.º 19.742, do dia 22 de janeiro de 2014.	4032 horas aulas	Promover a formação de cidadãos responsáveis, éticos e comprometidos com a qualidade de vida da sociedade, com capacidade de intervenção profissional e aplicação de conhecimentos científicos, pedagógicos e técnicos relativos às manifestações e expressões do movimento humano
Enfermagem	Iniciou sua primeira turma em 2016 Autorização de funcionamento	4824 horas aulas	“Formar Enfermeiros qualificados à exercer a profissão, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos, capacitado para atuar com responsabilidade social, compromisso com a cidadania e promover a saúde integral do ser humano, no contexto do Sistema Único de Saúde, numa perspectiva crítico-reflexiva-criativa”.
Farmácia	Resolução n.º. 03/97 do Conselho Universitário /14 de julho de 1997 Parecer CEPE n.º. 178/97 de 14 de julho de 1997 48 Matutino 48 - Noturno 1998 Parecer n.º 348/01/CEE de 06/11/01 Res. 119/01/CEE de 06/11/01 Dec. 3686 de 17/12/01 Parecer CEDS 024	4800 horas aulas	Formar farmacêuticos comprometidos com o desenvolvimento sustentável da sociedade brasileira.



	de 19/02/2002 Parecer 125 e Resolução 030 de 22/05/2007, Decreto 399 de 25/06/2007, publicado no DO/SC 18.149 de 25/06/2007		
Medicina	Criação: Resolução CONSUN nº 010, datada de 10/09/1998 Autorização de funcionamento: Parecer nº 242/98 CEPE de 03/09/98. Reconhecimento: Parecer nº 217/04 CEE, reconhece o curso, Resolução 043/CEE fica reconhecido, Decreto 2.426 de 08/09/04 Gov. Renovação de Reconhecimento: Parecer nº 12 e Resolução nº 065 aprovada em 24/04/2010 pelo CCE, Decreto nº 3.322 publicado no diário oficial do estado em 18/06/2010.	9072 horas aulas	Propiciar o melhor ambiente para a formação de um profissional médico com sólida qualificação técnica, humanística e ética, para que assim possa atender à demanda da sociedade brasileira.
Odontologia	Criação: Res. 003/98/Cons. Univ. de 2/4/98. Autorização de funcionamento: Resolução CONSU n.º 003/98, publicado em 2 de abril de 1998. Parecer CEE n.º 002/984, aprovado em 23/4/98. Reconhecimento: Decreto Estadual n.º 333, de 9/6/03, publicado em 9/6/03. Renovação de Reconhecimento: 1. Decreto Estadual n.º 2.035, de 18 de dezembro de 2008, publicado em 18/12/2008. 2. Decreto Estadual n.º 1.967, de 17 de janeiro de 2014, publicado em 22/1/2014..	5040 horas aulas	Contribuir com o desenvolvimento sustentável regional por meio da formação de profissionais que atuem no campo da Odontologia, eticamente comprometidos com o desenvolvimento humano, a produção do conhecimento científico e a promoção da saúde do ser humano de forma integral.
Psicologia	Criação: Resolução Consun n.º 14, de 14 de setembro de 2000. Autorização de funcionamento: Parecer n.º 218/01,	4836 horas aulas Seriado anual – 05 anos	Contribuir com o desenvolvimento sustentável regional por meio da formação de profissionais que atuem no campo da

	de 22 de novembro de 2001. Reconhecimento: Parecer CEE/SC n.º 236 e Resolução n.º 44, de 23 de junho de 2009, e Decreto estadual n.º 2.523, de 17 de agosto de 2009. Renovação de reconhecimento: Parecer n.º 079 e Resolução n.º 70, de 25 de março de 2014, publicados no DOE n.º 19.830, de 4 de junho de 2014.		psicologia, eticamente comprometidos com o desenvolvimento humano, a produção do conhecimento científico e a prevenção e promoção da saúde individual e coletiva.
--	--	--	---

Fonte: Primária (2019)

**Apêndice F.** Projeto pedagógico dos cursos da Área da Saúde. Campus Joinville/ Universidade da Região de Joinville. - Joinville, SC.

CURSO	OBJETIVO	PERFIL DO EGRESSO
EDUCAÇÃO FÍSICA - BACHARELADO	Proporcionar a apropriação de conhecimentos e habilidades da área de educação física por meio do <b>ensino, pesquisa e extensão</b> fundamentados no <b>rigor científico</b> e na atitude crítica, <b>ética e reflexiva</b> , de modo a atender aos interesses e às necessidades do <b>indivíduo e da sociedade</b> levando em consideração o <b>aspecto técnico, científico, cultural e pedagógico do movimento humano</b> .	O perfil do profissional de educação física idealizado para o curso de graduação Bacharelado em Educação Física é o de um profissional com formação generalista, humanista e crítica cuja intervenção se fundamenta na competência técnico-científica baseada no rigor científico, na reflexão filosófica e na conduta eticamente correta.
ENFERMAGEM	Formar um profissional para o exercício da Enfermagem com formação <b>generalista e humanística</b> , com habilidades e <b>competências técnico-científicas, éticas, políticas, sociais e educativas</b> e com <b>capacidade crítica, reflexiva e criativa, qualificado de acordo com os princípios, as diretrizes e práticas do SUS</b> , habilitando-o a trabalhar nas dimensões do <b>cuidar, gerenciar, educar e pesquisar</b> .	O egresso do curso de Enfermagem da Univille é um profissional de formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, qualificado para o exercício de Enfermagem, com base no rigor científico e intelectual, pautado em princípios éticos. É capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões biopsicossociais dos seus determinantes. Estará capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.
FARMÁCIA	Promover, por meio de <b>ensino, pesquisa e extensão</b> , a formação de profissionais <b>farmacêuticos comprometidos com o SUS e o bem-estar da sociedade</b> , capacitados a desenvolver ações de <b>prevenção, promoção e proteção da saúde</b> , em nível <b>individual e coletivo</b> , centrados na assistência farmacêutica e nas análises clínico-laboratoriais.	O farmacêutico egresso da Univille é o profissional crítico e reflexivo comprometido com o SUS e o bem-estar da sociedade, com conhecimento e capacidade de liderança, comunicação, gerenciamento e tomada de decisão que o tornam apto a desenvolver, em todos os níveis de atenção, atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde, nos campos da assistência farmacêutica e das 49 análises clínico-laboratoriais.
MEDICINA	Viabilizar a formação de profissionais na área de medicina, na perspectiva da <b>ciência e da técnica, da arte e da ética</b> , capacitados a desenvolver uma prática voltada para a <b>educação e promoção da saúde</b> da população, constituindo-se agentes de saúde devidamente habilitados à aplicação de medidas, em nível <b>individual e coletivo</b> , no âmbito da <b>prevenção, do diagnóstico, do tratamento e da reabilitação</b> .	Objetivando a formação de recursos humanos com uma visão global da questão da saúde com base em uma estrutura curricular que responda às demandas do mercado de trabalho e às transformações tecnológicas que estão ocorrendo na área da medicina, o curso de Medicina da Univille fundamenta-se em uma diretriz pedagógica capaz de formar um profissional capacitado a atuar na programação e execução de práticas médicas individuais e coletivas, de modo a obter impacto social positivo.

ODONTOLOGIA	Viabilizar a formação de profissionais, na área da odontologia, capacitados a desenvolver uma <b>prática</b> voltada para a <b>promoção e manutenção da saúde bucal da população</b> , com <b>responsabilidade social</b> , constituindo-se em um agente modificador do cenário de índices de saúde, devidamente habilitado à aplicação de <b>medidas preventivas e curativas em âmbito individual e coletivo</b> .	O profissional egresso do curso de Odontologia da Univille poderá atuar como profissional autônomo ou como prestador de serviços em convênios, clínicas coletivas públicas, clínicas privadas, equipes multidisciplinares, saúde pública, centros de reabilitações, entidades recreativas e desportistas, secretarias de saúde, institutos de pesquisa, instituições de ensino superior, consultórios particulares e de empresas.
PSICOLOGIA	Promover, por meio do ensino, da pesquisa e da extensão, a formação de profissionais que atuem no campo da psicologia, <b>eticamente comprometidos</b> com o <b>desenvolvimento humano, a produção do conhecimento científico e a prevenção e promoção da saúde individual e coletiva</b> .	No que diz respeito às competências básicas, o egresso do curso de Psicologia da Univille será capaz de: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atuar profissionalmente, comprometido eticamente com o desenvolvimento humano, a prevenção e a promoção da saúde;</li> <li>• Atuar inter e multiprofissionalmente, sempre que a compreensão dos processos e fenômenos envolvidos assim o recomendar;</li> <li>• Relacionar-se com o outro de modo a propiciar o desenvolvimento de vínculos interpessoais requeridos na sua atuação profissional;</li> <li>• Buscar e empregar o conhecimento científico necessário à atuação profissional, assim como gerar conhecimento por meio da prática profissional.</li> </ul>

Fonte: Primária (2019)

**Apêndice G:** Roteiro de Entrevista semiestruturada Coordenadores de curso e Professores da Univille

***Este trabalho se refere a elaboração de um modelo de gestão do conhecimento para apoiar a integração ensino e serviços de saúde fundamentado na EIP.***

Ao elaborar o roteiro de entrevista semiestruturada, foi consultado o instrumento de Batista (2012) para o diagnóstico do grau de maturidade em GC na organização, bem como alguns princípios considerados fundamentais para implementar a GC.

Dentre eles destaca-se:

- Perguntas que possam identificar se o sujeito entrevistado consegue perceber a importância do trabalho coletivo, ou se a sua posição é individual, ou seja em relação ao seu curso ou ao seu espaço de trabalho, de forma quase exclusiva;

- Se reconhece o saber do outro, ou seja, que a universidade pode contribuir com o serviço e se o serviço pode contribuir com a universidade no que diz respeito a produção, disseminação e utilização do conhecimento;

- Se a tecnologia faz parte dos processos de trabalho;

- Se existe a preocupação em formar pessoas para trabalhar em equipes de saúde;

- Se reconhece o seu papel de líder no processo de promover a GC, e a integração entre os atores no processo que pode desencadear a GC e a formação interprofissional em saúde.

**Perguntas de acordo com os critérios propostos por Batista (2012) para o diagnóstico do grau de maturidade em GC:**

**Liderança**

1) Apresente-se e comente sobre suas principais funções enquanto coordenador/professor de curso;

2) Caracterize o corpo docente do curso (formação, titulação, grau de envolvimento com o curso, atividades extra Universidade);

3) Para o ano de 2019 está prevista a implantação de uma disciplina comum para todos os cursos da Área da Saúde. Como foi o processo vivenciado pelo NDE e colegiado do curso, em termos de compartilhamento de informações, para implantação deste componente? Houve registros dessas discussões/informações?

4) Houve resistência por parte dos professores e ou grupo de professores? Se houve resistência ou não resistência, saberia explicar por quê? Isso foi registrado? De que forma?

5) Você considera que implantação de uma disciplina comum para todos os cursos da Área da Saúde, está em consonância com a visão, missão e objetivos estratégicos da Univille? Comente

6) Você considera que a condução do processo de alteração da matriz curricular e projeto do curso em termos de suficiência ou não de informações, foi determinante para que (não) houvesse resistência?

7) Você enquanto coordenador/professor do curso, quais argumentos utilizou para que o processo de implantação da disciplina fosse adiante?

8) Comente sobre o seu papel enquanto coordenador/professor do curso, para integração dos cursos por meio da disciplina de Práticas Interprofissionais de Saúde.

9) Comente sobre o seu papel, enquanto coordenador/professor de curso, para integração/aproximação dos cursos com a Atenção Básica em Saúde.

### **Processo**

1) Nos processos de gestão do curso, existe uma orientação referencial para compartilhamento das informações com os professores e estudantes?

2) Quais recursos você utiliza para compartilhamento das informações com os professores e estudantes?

3) Você considera que na universidade (Univille), existe incentivo aos valores de compartilhamento do conhecimento e de trabalho colaborativo? Comente.

4) Você considera que a equipe de gestão da universidade serve de modelo, de compartilhamento do conhecimento e de trabalho colaborativo? Comente

5) A instituição avalia e melhora continuamente seus processos de apoio, para alcançar um melhor desempenho, reduzir a evasão, melhorar a qualidade do ensino para manter-se atualizada com as práticas de excelência em gestão? Comente

6) Para incentivo ao trabalho em equipes de saúde é necessário manter uma boa relação com a Secretaria de Saúde. No seu curso, quais os processos (identificação, organização e compartilhamento) de informações e documentos que garantem a integração ensino – serviço e comunidade?

7) Você considera que a integração ensino – serviço e comunidade estão consolidada entre a Secretaria de Saúde, em especial com a Atenção Básica e a Universidade? Como isso é registrado?

8) Quais recursos são utilizados para garantir a identificação, organização e compartilhamento das informações sobre o seu curso com a Secretaria de Saúde?

### **Pessoas**

1) Os programas de profissionalização docente e de capacitação, ampliam o conhecimento, as habilidades e as capacidades do professor e do gestor respectivamente, para o trabalho em equipe?

2) A colaboração e o compartilhamento do conhecimento referente ao trabalho em equipes, são ativamente reconhecidos e incentivados no âmbito da área da saúde e do curso?

3) A instituição promove a formação para enfrentar as preocupações e os problemas no local de trabalho que poderiam contribuir para integração dos cursos da área da saúde? Esta demanda chega à gestão da universidade, (pois se a universidade não souber que isso é necessário não vai prover).

4) Você considera importante a integração dos cursos da área da saúde e o incentivo à formação para atuar em equipes de saúde? Por quê? Como essa integração/interação pode ser intensificada?

5) Você conhece as iniciativas dos outros cursos da área da saúde que estabelecem a interação com a Atenção Básica? Essas iniciativas poderiam ser consideradas como parte da formação para atuar em equipes e ser utilizadas também no seu curso?

6) Como as iniciativas citadas na resposta à pergunta anterior são compartilhadas no âmbito dos cursos e da área?

7) A formação para atuar em equipes de saúde já está consolidada em seu curso? Em caso negativo, o que falta para consolidar?

8) Houve ou há momentos de capacitação entre os profissionais da secretaria de saúde e os professores do curso que abordam o tema formação para atuar em equipes de saúde? Em caso positivo, como você avalia os resultados na atenção à saúde? Estas atividades e seus resultados na atenção à saúde são registrados para serem usados no futuro?

### **Tecnologia**

1) Você considera que a infraestrutura de TI é suficiente para facilitar a efetiva atuação no curso? Comente

2) Você considera que recursos tecnológicos, poderiam potencializar a integração da área da saúde? Comente

3) As informações disponíveis no sítio da web/intranet da instituição, estão regularmente atualizadas?

4) Você utiliza a intranet (ou rede similar), e-mail institucional, ambiente virtual instituição como as principais fontes de comunicação em toda a instituição como apoio à transferência do conhecimento e ao compartilhamento de informação?

### **Processos de conhecimento**

1) A instituição possui processos sistemáticos de identificação, criação, armazenamento, compartilhamento e utilização do conhecimento?

2) Existe troca de informações referente as ações de formação para atuar em equipes interprofissionais entre os professores/coordenação do curso? Como isso ocorre? Há registros?

3) Existe troca de informações referente as ações de formação para atuar em equipes interprofissionais entre os coordenadores de curso e ou professores de outros cursos? Como isso ocorre? Há registros?

4) Comente sobre a integração entre os cursos da área da saúde (quais são os mecanismos de integração: reuniões presenciais, virtuais, fóruns de discussão,...?)

- 5) Como você percebe o compartilhamento de informações e de experiências entre os cursos da área da saúde? Essas informações são registradas? Como?
- 6) Como você busca informações sobre os projetos existentes nos demais cursos da área da saúde para prospectar possibilidades de integração?
- 7) O conhecimento adquirido, após a execução de tarefas e a conclusão de projetos, é registrado e compartilhado. Quais são as estratégias utilizadas?

### **Aprendizagem e inovação**

- 1) A instituição articula e reforça, continuamente, valores como a aprendizagem e a inovação. A instituição considera a atitude de assumir riscos e/ou o fato de cometer erros como oportunidades de aprendizagem desde que isso não ocorra repetidamente.
- 2) Como você percebe o incentivo ao trabalho em equipe e o impacto na formação?
- 3) Como você percebe o incentivo ao trabalho em equipe e o impacto na atuação profissional?
- 4) Como você percebe o incentivo ao trabalho em equipe e o impacto na saúde do usuário?
- 5) Que tipo de ações poderiam ser implementadas para incentivar a formação para o trabalho em equipes de saúde?
- 6) Você tem conhecimento de trabalhos de conclusão de curso, dissertações de mestrados, projetos de pesquisa ou de extensão que tiveram como tema ações em equipes de saúde?
- 7) Os coordenadores/professores dos cursos são incentivados a trabalhar juntos e a compartilhar informações?
- 8) Você teria sugestões para potencializar o compartilhamento das informações entre os coordenadores de cursos? E entre os professores? E ainda com os profissionais da secretaria de saúde – atenção básica que recebem os estudantes?

### **Resultados na atenção à saúde da GC**

- 1) O curso que você coordena/leciona possui um histórico de sucesso na formação para atuar em equipes de saúde ou de outras iniciativas de mudanças no projeto pedagógico do curso, que podem ser comprovadas com resultados na atenção à saúde de indicadores de desempenho?
- 2) São utilizados indicadores para avaliar o impacto das contribuições da formação para atuar em equipes de saúde no curso que você coordena e na Univille?



**Apêndice H. Roteiro de Entrevista semiestruturada - Profissionais de Saúde**

***Este trabalho se refere a elaboração de um modelo de gestão do conhecimento para apoiar a integração ensino e serviços de saúde fundamentado na EIP.***

Ao elaborar o roteiro de entrevista semiestruturada, foi consultado o instrumento de Batista (2012) para o diagnóstico do grau de maturidade em GC na organização, bem como alguns princípios considerados fundamentais para implementar a GC.

Dentre eles destaca-se:

- Perguntas que possam identificar se o sujeito entrevistado consegue perceber a importância do trabalho coletivo, ou se a sua posição é individual, ou seja em relação ao seu curso ou ao seu espaço de trabalho, de forma quase exclusiva;

- Se reconhece o saber do outro, ou seja, que a universidade pode contribuir com o serviço e se o serviço pode contribuir com a universidade no que diz respeito a produção, disseminação e utilização do conhecimento;

- Se a tecnologia faz parte dos processos de trabalho;

- Se existe a preocupação em formar pessoas para trabalhar em equipes de saúde;

- Se reconhece o seu papel de líder no processo de promover a GC, e a integração entre os atores no processo que pode desencadear a GC e a formação interprofissional em saúde.

**Perguntas de acordo com os critérios propostos por Batista (2012) para o diagnóstico do grau de maturidade em GC.**

**Liderança**

1) Apresente-se e comente sobre suas principais funções na Secretaria de Saúde/ UBS – Atenção Básica;

2) Comente sobre o seu papel na interação entre a Univille e a Secretaria de Saúde/ UBS;

**Processo**

1) Nos processos de gestão da Secretaria de Saúde e UBS, existe uma orientação referencial para compartilhamento das informações com os profissionais que atuam na unidade?

2) Quais recursos você utiliza para compartilhamento das informações com os demais profissionais?

3) Você considera que na interação entre a Univille e a Secretaria de Saúde/UBS, existe incentivo aos valores de compartilhamento do conhecimento e de trabalho colaborativo? Comente

4) A Secretaria de Saúde/UBS e a Univille avaliam e melhoram continuamente seus processos de interação, para alcançar um melhor desempenho e qualidade no atendimento a comunidade? Comente

5) Para incentivo ao trabalho em equipes de saúde é necessário que os profissionais estejam abertos e disponíveis. Na interação da Univille com a UBS é possível evidenciar essa abertura? Comente.

6) Você considera que há integração ensino – serviço e comunidade?

7) Você considera que a integração ensino – serviço e comunidade está consolidada entre a Secretaria de Saúde, em especial com a Atenção Básica e a Universidade? Comente

### **Pessoas**

1) Existe programa de capacitação para os profissionais da saúde ampliarem o conhecimento, as habilidades e as capacidades para o trabalho em equipe?

2) A colaboração e o compartilhamento do conhecimento referente ao trabalho em equipes de saúde, são ativamente reconhecidos e incentivados no âmbito da Secretaria da Saúde, UBS e Univille?

3) A Secretaria da Saúde promove a formação para enfrentar as preocupações e os problemas no local de trabalho que poderiam contribuir para o trabalho em equipes de saúde?

4) Você conhece as iniciativas dos outros cursos da área da saúde da Univille que estabelecem a interação com a Atenção Básica? Essas iniciativas poderiam ser consideradas como parte da formação para atuar em equipes?

5) Como as iniciativas citadas na resposta à pergunta anterior são compartilhadas no âmbito dos profissionais de saúde?

6) Contextualizar sobre a integração dos cursos da Área da Saúde Univille e perguntar:

Você considera importante a integração dos cursos da área da saúde e o incentivo na formação para atuar em equipes de saúde? Por quê?

7) Houve ou há momentos de capacitação entre os profissionais da secretaria de saúde e os professores da Univille, que abordam o tema formação para atuar em equipes de saúde? Em caso positivo, como você avalia os resultados na atenção à saúde? Estas atividades e seus resultados na atenção à saúde são registrados para serem usados no futuro?

### **Tecnologia**

1) Você considera que a infraestrutura de TI utilizada nos serviços de saúde são suficientes para facilitar o trabalho em equipes? Comente

2) Você considera que recursos tecnológicos, poderiam potencializar o trabalho em equipes de saúde? Comente

3) Você utiliza intranet (ou rede similar), e-mail institucional, como a principal fonte de comunicação em toda a instituição como apoio à transferência do conhecimento e ao compartilhamento de informação?

### **Processos de conhecimento**

A Secretaria de Saúde possui processos sistemáticos de identificação, criação, armazenamento, compartilhamento e utilização do conhecimento?

1) Existe troca de informações referente as ações das equipes multi/interprofissionais no município? Como isso ocorre? Há registros?

2) Comente sobre o trabalho em equipes de saúde (quais são os mecanismos de integração: reuniões presenciais, virtuais, fóruns de discussão...?)

3) Como você percebe o compartilhamento de informações e de experiências no trabalho em equipes de saúde? Essas informações são registradas? Como?

4) Como você busca informações sobre as experiências no trabalho em equipes de saúde?

5) O conhecimento adquirido, após a execução de tarefas experiências no trabalho em equipes de saúde e a conclusão de projetos, é registrado e compartilhado. Quais são as estratégias utilizadas?

### **Aprendizagem e inovação**

1) A Secretaria de Saúde e a Univille articulam e reforçam continuamente, valores como a aprendizagem e a inovação?

2) A Secretaria de Saúde considera a atitude de assumir riscos e/ou o fato de cometer erros como oportunidades de aprendizagem desde que isso não ocorra repetidamente.

3) Como você percebe o incentivo ao trabalho em equipes de saúde e o impacto na comunidade?

4) Como você percebe o incentivo ao trabalho em equipes de saúde e o impacto na saúde do usuário?

5) Como você percebe o incentivo ao trabalho em equipes de saúde e o impacto na atuação profissional?

6) Que tipo de ações poderia ser implementadas para incentivar a formação para o trabalho em equipes de saúde?

7) Você tem conhecimento de trabalhos de conclusão de curso da Univille ou projetos de pesquisa que tiveram como tema ações em equipes de saúde?

8) Os profissionais da saúde que atuam em diferentes UBSs são incentivados a trabalhar juntos e a compartilhar informações?

9) Você teria sugestões para potencializar o compartilhamento das informações entre os profissionais de saúde das UBSs? E ainda com os professores da Univille que recebem os estudantes?

### **Resultados na atenção à saúde da GC**

1) A sua UBS possui um histórico de sucesso na formação para atuar em equipes de saúde ou de outras iniciativas de mudança, que podem ser comprovadas com resultados na atenção à saúde, ou seja, que foram medidas/avaliadas?

2) São utilizados indicadores para avaliar o impacto das contribuições da formação para atuar em equipes de saúde?

3) Comente sobre o seu papel para que o trabalho em equipe de saúde ocorra.

Apêndice I: Categorias Analíticas para análise de conteúdo das entrevistas

<b>CATEGORIAS ANALÍTICAS</b>		
Educação Interprofissional	Macrodeterminantes Mesodeterminantes Microdeterminantes Prática Colaborativa	
Direcionadores Estratégicos	Missão, visão e valores	
Viabilizadores de EIP	Mecanismos curriculares Mecanismos ambientais Mecanismos de cultura do trabalho Mecanismos do educador Mecanismos de apoio institucional	
Liderança		
Tecnologia		
Pessoas, Processos e Aprendizagem		
Processo Interativo	Problematizar, discutir, planejar, compartilhar, formalizar, executar, avaliar, armazenar e disseminar.	
Ciclo KDCA	Conhecer, executar, verificar, agir corretivamente	
Resultado de GC		
Grau de maturidade		

Apêndice J: Exemplos de falas, codificação, categorias empíricas e temáticas e sua relação com o Modelo de GC proposto.

Categorias Temáticas e sua relação com os componentes do Modelo de GC proposto	Categorias empíricas	Codificação	Exemplos de falas
<p><b>Elo Interinstitucional</b></p> <p>(Direcionadores Estratégico, Liderança, Mecanismos ambientais, de cultura do trabalho e apoio institucional)</p>	Integração ensino serviço favorece e incentiva a aprendizagem e está ancorada no PPC	Relação de troca/ construir juntos;	<p>“O projeto pedagógico voltado para o serviço único de saúde, a filosofia do SUS, essa conversa ficou muito fácil, então todos os processos, todos os acertos burocráticos ficaram muito fácil...”(CC5)</p> <p>“Nós estamos num momento que a gente precisa fortalecer essa relação, porque é uma relação de troca, onde os dois tem que visar uma qualificação, uma melhoria.” (P4)</p>
		Consolidação;	“Está bem consolidado, tanto assim, não sou eu que falo, mas a própria secretaria de saúde fala que os cursos da Univille são os que mais tem interagido....”(CC5)
		Mobilização para aprendizagem.	“Eu acho ótimo, eu gosto bastante de trabalhar com acadêmicos.” (PS3)
	Integração ensino serviço melhora a qualidade na formação e nas práticas de atenção à saúde	Melhoria da qualidade nos serviços;	“É...eu acho que é muito importante essa integração ensino – serviço, para o serviço, para melhoria da qualidade do serviço para população.”(P3)
		Trabalho conjunto;	“O planejamento é em conjunto. O PET, desde o começo desse ciclo, que se eu não me engano foi 2016 – 2018, ele sempre foi decidido em conjunto.”(PS4)
		Pet Saúde favorece mudanças e inovações Qualificação.	“São os alunos, em equipe, que chegam na UBS e acabam mobilizando os profissionais. Eu acho que isso é bem importante, mostrar para as equipes da atenção básica a importância desse trabalho. Então acho que o Pet Saúde faz com que a equipe toda também se mobilize e faça um trabalho em conjunto.” (PS1)
	Papel da liderança na relação ensino serviço	Chamada para trabalho conjunto, Pactuação.	“Mas a gente percebe que nos últimos anos, então, mais especificamente nessa última gestão da professora xxxx, eu percebi uma maior chamada para um olhar mais diferenciado para o trabalho em equipe.” (CC1)
		Gestão de pessoas, reaproximação;	“No final a gente sempre acaba caindo em gestão de pessoas, que é reaproximar as pessoas para o curso, fazer com que elas gostem de

			estar aqui, queiram dar aula e se comprometam em dar aula e entendam que a motivação não possa ser só financeira..."(CC3)
<b>Processos de Criação do Conhecimento</b>  (Liderança, Tecnologia Mecanismos Curriculares e do Educador e Processo Interativo)	Formação: Espaços de conversão do conhecimento	Educação e Cuidados em Saúde na UBS;	"Sim, sim, porque na realidade quando a gente chega na unidade, isso específico do quarto ano né, quando chega na unidade a gente faz um levantamento, na realidade a gente solicita que a equipe que vive a realidade lá, faça um levantamento das famílias, das vulnerabilidades sociais, então ai já é a parceria com a unidade, tanto com a área de saúde bucal como com os agentes comunitários, pois são eles quem conhecem quem são as famílias, então obrigatoriamente implica em a gente já ter essa aproximação com os profissionais, nós fazemos visitas domiciliares, inicialmente é sempre o agente comunitário que nos conduz, depois que a gente pega o caminho, a gente já vai sozinho, mas o vínculo sempre fica né, o agente comunitário, a equipe de saúde bucal o enfermeiro porque precisa, então a gente termina fazendo um elo com a equipe." (P4)
		Projetos de Extensão;	"Se eu tiver prática e teoria, se ele tiver indo primeiro para prática e depois discutir essa prática à luz do referencial teórico isso aí sim vai fazer efeito ... aí sim ele vai entender a lógica desses raciocínios. Então tem todo um trabalho mesmo de prática e teoria que tem que ser feito o tempo inteiro e reflexão.... teoria, prática e reflexão o tempo todo!" (P3)
		Metodologias de Ensino Variadas;	"Eu acredito que agora, ainda mais com a implementação da disciplina (PIS) isso vai crescer muito. Eu acredito que os alunos vendo a teoria na UNIVILLE, quando eles chegarem aqui e verem a prática, eles vão fazer muita associação, vão gostar muito." (PS4)
		Componente curricular comum e integrador	"O componente Práticas Interprofissionais em Saúde (PIS) ele é totalmente voltado para essa parte do aluno enxergar o outro, o que o outro faz, como me comunico com ele e como eu valorizo ele, eu acho que isso a gente trabalha muito no pet." (CC4)

		Comunicação, capacitação e troca de experiências	“Sim, sim, esporadicamente, mas sim, não posso dizer que não acontece porque tanto eu quanto o professor xxxxx, nós somos solicitados a participar junto à secretaria de saúde nas capacitações profissionais, a gente treina os profissionais da rede.” (C1)
	Papel da liderança nos processos de criação do conhecimento	Função desafiadora;	“...função (coordenação de curso) extremamente desafiadora...” (CC4)
		Múltiplas tarefas;	“As funções da coordenação e essa permeação política que a gente tem que ter, não só nós coordenadores, mas a reitoria também, a instituição como todo, e que a gente sabe que é importante e que faz a visibilidade muitas vezes' do curso e da universidade, então nesse processo eu sinto falta de poder ter uma dedicação maior, então nesse sentido a retaguarda da universidade ela é importante.” (CC1)
		Organizador dos espaços de conversão do conhecimento.	“é propor, escutar e motivar os alunos ...os professores né? o corpo docente e o corpo discente por consequência. Mas é mais o corpo docente de novas práticas de inovações e algumas proposições vem da visão da liderança.” (CC2)
<b>Fluxo do Conhecimento</b> (Pessoas, processos e aprendizagem; e Ciclo KDCA)	Criar recursos para registros e compartilhamento de informações	Necessidade de organização dos processos de trabalho;	“Quando eu entrei na secretaria de saúde em 2007/2008, nós não tínhamos nada organizado em relação a estágio...a gente nem sabia...não tinha uma área específica que cuidava disso..., então começou a se ter essa preocupação...porque assim, era tudo muito solto, de ambas as partes. Desde ...eu vou falar de tudo, desde o processo de integração, organização, entendimento do que é um processo de formação no SUS, dentro da secretaria da saúde, desde a documentação legal que a gente também precisa se preocupar com isso. O aluno ele é o aluno, ele não é um profissional de saúde, ele precisa ter uns cuidados dentro de um serviço” (CS1)
		Necessidade de documentos institucionais.	“Eu demorei um ano, eu sofri em vários processos, então eu sinto que demorei um ano para cair a ficha do que eu realmente tinha que deixar, levar como importante e coisas que não eram tão importantes e que eu



			estava fazendo porque não precisava, e não tinha ninguém pra me direcionar e para me falar, ó faça isso, não faça isso, isto está errado isto está certo.” (CC4)
	Papel da liderança na disseminação do fluxo do conhecimento	Reconhecimento das funções da liderança;	“Hoje como coordenação, estou conhecendo muito, cada semana eu conheço atividade que é do coordenador e que eu não sabia que era do coordenador e que de repente dizem que eu tenho que deliberar. Mas eu estou, agora depois de seis para sete meses, um pouco mais confortável com a situação.” (CC3)
		Necessidade de apoio institucional;	“Eu acho que a Universidade ainda deixa muito a desejar em relação a ações comuns das diferentes áreas da saúde; nós poderíamos realizar aqui, sem dúvida, alguns trabalhos mais voltados para integração das áreas, nós praticamente não temos isso; ah vamos fazer um trabalho, por exemplo assim, a odontologia tem um plantão de saúde no bairro tal, por quê que não vai enfermagem, educação física, psicologia, medicina...?”(CC5)
		Papel de disseminador do conhecimento.	“Então assim, outra coisa que depois a gente viu a necessidade. Claro a gente tinha conversas individuais, mas a gente viu a necessidade de criar a comissão – a CISE, que foi muito importante também para a gente começar ... todo mundo talvez a conversar e talvez criar estratégias no conjunto e não ficar só no individual com aquele curso, aquela instituição, mas olhar também por um todo a formação do Município em si..., então eu acho que essas aproximações, elas foram válidas, isso a gente não tinha, a gente começou a melhorar ali em 2011, 2012 que a gente começou com essas aproximações.” (CS1)
<b>Barreiras para Integração ensino - serviço</b>	Necessidade de definir direcionadores estratégicos para integração ensino e Serviços em Saúde	Dificuldades de colocar as ideias em prática.	“Incentivo a gente sempre vai ter o discurso de que é para fazer ..., mas isso às vezes na prática não se aplica tanto.”
	Resistências para mudanças e compartilhamento de informações	Resistência: Pessoas, Processos e Aprendizagem	“Vejo que não existe um conhecimento ou um empoderamento do corpo docente com relação ao que é o projeto pedagógico do curso” (CC3)

	<p>Necessidade de interação, compartilhamento e ações sistemáticas</p>	<p>Falta de disponibilidade para colaborar;</p>	<p>“Acho que não, acho que não, eu acho que a gente não tem tempo para fazer isso (conhecer o que os outros cursos fazem. (CC4) Eu tenho dificuldade de ter essa visão de me apropriar do que o outro faz a ponto de conseguir perceber o quanto ele pode me ajudar na pesquisa, na parte de ensino, na extensão...” (C1)</p>
		<p>Dificuldades com os recursos tecnológicos.</p>	<p>“Informações do curso, eu vou ser sincero com você, eu dificilmente acesso. Naquela nossa última capacitação de gestão, eu fiquei surpreso em saber que os dados que a gente precisa está tudo na intranet, e eu não sei como entrar nisso aí, então assim, eu não acho que sou só eu, mas os meus professores desconhecem qualquer informação que esteja ligada com a intranet, o próprio BI eu entro de vez em quando, eu acho que nós deveríamos olhar mais para isso aí, não só a coordenação, mas os professores.” (CC5)</p>

**ANEXOS**

**Anexo A.** Endereço eletrônico dos PPCs de cada curso

Educação Física – Bacharelado

[https://www.univille.edu.br/community/novoportal/VirtualDisk.html/downloadDirect/1340991/04.06.2018\\_-\\_PPC\\_finalizado\\_para\\_postagem\\_Ed\\_Fisica\\_Jlle.pdf](https://www.univille.edu.br/community/novoportal/VirtualDisk.html/downloadDirect/1340991/04.06.2018_-_PPC_finalizado_para_postagem_Ed_Fisica_Jlle.pdf)

Enfermagem –

[https://www.univille.edu.br/community/novoportal/VirtualDisk.html/downloadDirect/1467031/PPC\\_Enfermagem.pdf](https://www.univille.edu.br/community/novoportal/VirtualDisk.html/downloadDirect/1467031/PPC_Enfermagem.pdf)

Farmácia –

[https://www.univille.edu.br/community/novoportal/VirtualDisk.html/downloadDirect/1454201/PPC\\_Farmacia\\_1.pdf](https://www.univille.edu.br/community/novoportal/VirtualDisk.html/downloadDirect/1454201/PPC_Farmacia_1.pdf)

Medicina –

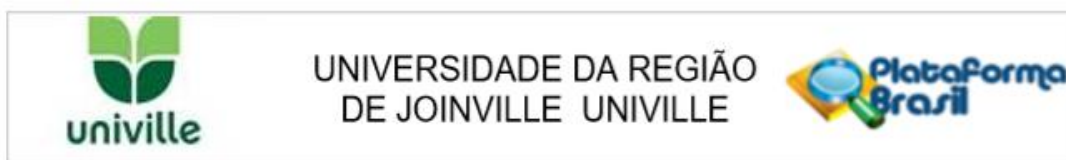
[https://www.univille.edu.br/community/novoportal/VirtualDisk.html/downloadDirect/945803/PPC\\_Medicina\\_2015.pdf](https://www.univille.edu.br/community/novoportal/VirtualDisk.html/downloadDirect/945803/PPC_Medicina_2015.pdf)

Odontologia –

[https://www.univille.edu.br/community/novoportal/VirtualDisk.html/downloadDirect/1383995/1\\_06.09.2018\\_PPC\\_atualizado\\_Odontologia\\_1.pdf](https://www.univille.edu.br/community/novoportal/VirtualDisk.html/downloadDirect/1383995/1_06.09.2018_PPC_atualizado_Odontologia_1.pdf)

Psicologia –

[https://www.univille.edu.br/community/novoportal/VirtualDisk.html/downloadDirect/1236414/PPC\\_Psicologia.pdf](https://www.univille.edu.br/community/novoportal/VirtualDisk.html/downloadDirect/1236414/PPC_Psicologia.pdf)

**Anexo B: Parecer Comitê de Ética****PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Gestão do Conhecimento para equipes multiprofissionais de saúde: articulação entre a formação e o exercício profissional.

**Pesquisador:** Patrícia Esther Fendrich Magri

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 61428616.6.0000.5366

**Instituição Proponente:** FUNDACAO EDUCACIONAL DA REGIAO DE JOINVILLE - UNIVILLE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.871.603

**Apresentação do Projeto:**

Conforme exposto no parecer substanciado nº 1.830.311.

**Objetivo da Pesquisa:**

Conforme exposto no parecer substanciado nº 1.830.311

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Conforme exposto no parecer substanciado nº 1.830.311

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Conforme exposto no parecer substanciado nº 1.830.311, no entanto, a guarda, posse e descarte, além dos riscos foram esclarecidos pela pesquisadora, de acordo com a Resolução 466/12.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Conforme exposto no parecer substanciado nº 1.830.311, contudo, a pesquisadora enviou o TCLE e a folha de rosto. Os dois documentos estão de acordo com a Resolução 466/12.

**Recomendações:**

Ao finalizar a pesquisa, o (a) pesquisador (a) responsável deve enviar ao Comitê de Ética, por meio do sistema Plataforma Brasil, o Relatório Final (modelo de documento na página do CEP no sítio da

**Endereço:** Rua Paulo Malschitzki, n° 10. Bloco B, Sala 17.  
**Bairro:** Zona Industrial **CEP:** 89.219-710  
**UF:** SC **Município:** JOINVILLE  
**Telefone:** (47)3461-9235 **E-mail:** comitetica@univille.br

Página 01 de 03



UNIVERSIDADE DA REGIÃO  
DE JOINVILLE UNIVILLE



Continuação do Parecer: 1.871.803

Univille Universidade).

Segundo a Resolução 466/12, no item

**XI- DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL**

XI.2 - Cabe ao pesquisador:

d) Elaborar e apresentar o relatório final;

Modelo de relatório para download na página do CEP no sítio da Univille Universidade.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O projeto "Gestão do Conhecimento para equipes multiprofissionais de saúde: articulação entre a formação e o exercício profissional.", de CAAE 61428616.6.0000.5366 teve sua(s) pendência(s) esclarecida(s) pelo(a) pesquisador(a) Patricia Esther Fendrich Magri, de acordo com a Resolução CNS 466/12 e complementares, portanto, encontra-se aprovado.

Informamos que após leitura do parecer, é imprescindível a leitura do item "O Parecer do CEP" na página do Comitê no sítio da Univille, pois os procedimentos seguintes, no que se refere ao enquadramento do protocolo, estão disponíveis na página. Segue o link de acesso (<http://community.univille.edu.br/cep/status-parecer/577374>).

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade da Região de Joinville - Univille, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_809282.pdf	27/11/2016 22:36:20		Aceito
Outros	Carta_CEP_resposta.pdf	27/11/2016 22:35:54	Patricia Esther Fendrich Magri	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	ProjetoDetalhadoCorrigido.pdf	27/11/2016 22:18:47	Patricia Esther Fendrich Magri	Aceito

**Endereço:** Rua Paulo Malschitzki, n° 10. Bloco B, Sala 17.

**Bairro:** Zona Industrial **CEP:** 89.219-710

**UF:** SC **Município:** JOINVILLE

**Telefone:** (47)3461-9235

**E-mail:** [comitetica@univille.br](mailto:comitetica@univille.br)

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O projeto "Gestão do Conhecimento para equipes multiprofissionais de saúde: articulação entre a formação e o exercício profissional.", de CAAE 61428616.6.0000.5366 teve sua(s) pendência(s) esclarecida(s) pelo(a) pesquisador(a) Patricia Esther Fendrich Magri, de acordo com a Resolução CNS 466/12 e complementares, portanto, encontra-se aprovado.

Informamos que após leitura do parecer, é imprescindível a leitura do item "O Parecer do CEP" na página do Comitê no sítio da Univille, pois os procedimentos seguintes, no que se refere ao enquadramento do protocolo, estão disponíveis na página. Segue o link de acesso (<http://community.univille.edu.br/cep/status-parecer/577374>).

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade da Região de Joinville - Univille, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_809282.pdf	27/11/2016 22:36:20		Aceito
Outros	Carta_CEP_resposta.pdf	27/11/2016 22:35:54	Patricia Esther Fendrich Magri	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	ProjetoDetalhadoCorrigido.pdf	27/11/2016 22:18:47	Patricia Esther Fendrich Magri	Aceito

**Endereço:** Rua Paulo Malschitzki, nº 10. Bloco B, Sala 17.

**Bairro:** Zona Industrial **CEP:** 89.219-710

**UF:** SC **Município:** JOINVILLE

**Telefone:** (47)3461-9235

**E-mail:** [comitetica@univille.br](mailto:comitetica@univille.br)





Continuação do Parecer: 1.871.603

Investigador	ProjetoDetalhadoCorrigido.pdf	27/11/2016 22:18:47	Patricia Esther Fendrich Magri	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLECorrigido.pdf	27/11/2016 22:11:26	Patricia Esther Fendrich Magri	Aceito
Folha de Rosto	FohadeRosto2Corrigida.pdf	27/11/2016 22:09:02	Patricia Esther Fendrich Magri	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	cartasecresposta.pdf	27/10/2016 14:43:43	Patricia Esther Fendrich Magri	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	cartaaceiteSecSa.pdf	27/10/2016 14:43:18	Patricia Esther Fendrich Magri	Aceito
Outros	Instrumentospesquisa.docx	26/10/2016 15:19:03	Patricia Esther Fendrich Magri	Aceito
Outros	Entrevistasgestorsecretaria.docx	26/10/2016 15:17:33	Patricia Esther Fendrich Magri	Aceito
Outros	Entrevistascoordenadorcurso.docx	26/10/2016 15:17:10	Patricia Esther Fendrich Magri	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CartaaceiteUniville.pdf	26/10/2016 15:11:32	Patricia Esther Fendrich Magri	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

JOINVILLE, 12 de Dezembro de 2016

---

**Assinado por:**  
**Eleide Abril Gordon Findlay**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Rua Paulo Malschitzki, n° 10. Bloco B, Sala 17.  
**Bairro:** Zona Industrial **CEP:** 89.219-710  
**UF:** SC **Município:** JOINVILLE  
**Telefone:** (47)3461-9235 **E-mail:** comitetica@univille.br

## AUTORIZAÇÃO

Nome do autor: Patricia Esther Fendrich Magri

RG: 438676

Título da Tese: **EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL EM SAÚDE E GESTÃO DO CONHECIMENTO: APOIO À INTEGRAÇÃO ENSINO - SERVIÇO**

Autorizo a Universidade da Região de Joinville – UNIVILLE, através da Biblioteca Universitária, disponibilizar cópias da tese de minha autoria.

Joinville, 26 de setembro de 2019.

  
Patricia Esther Fendrich Magri