

O COMPARTILHAMENTO DE CONHECIMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA APROXIMAÇÃO AO REFERENCIAL DA GESTÃO DO CONHECIMENTO¹

Monique Haenske Senna²
Selma Regina de Andrade³
Janara Caroline Ribeiro⁴
Talita Piccoli⁵

Este estudo tem como objetivo compreender como ocorre o compartilhamento de conhecimento na Atenção Primária à Saúde (APS), a partir da visão dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Adotou-se o método de estudo de casos múltiplos. Foram entrevistados oito enfermeiros de equipes de ESF, de seis Centros de Saúde com classificação de desempenho ótimo no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) no ano de 2012. A técnica de coleta de dados incluiu pesquisa documental e bibliográfica, entrevista semiestruturada e observação não participante. Utilizou-se a técnica de análise de conteúdo, resultando três categorias: registro das informações na atenção primária à saúde; compartilhamento de conhecimento na equipe de saúde; processamento da informação para a tomada de decisão. Conclui-se que o compartilhamento de conhecimento, na APS, ocorre por meio da interação informal da equipe multiprofissional, que produz e processa informações com vistas à tomada de decisão e ao atendimento integral à saúde da população.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde. Gestão do Conhecimento. Gestão em Saúde. Informação em Saúde. Enfermagem.

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) integra o conjunto das políticas públicas de saúde e tem a atribuição de coordenar a rede de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS). Consiste em um conjunto de ações individuais e coletivas, que visam ao atendimento integral dos indivíduos e um impacto positivo sobre os condicionantes e determinantes da saúde. A APS, no Brasil, realiza-se através da Estratégia de Saúde da Família (ESF), e é desenvolvida em

¹Artigo extraído da dissertação intitulada “O uso do Sistema de Informação da Atenção Básica pelos enfermeiros no planejamento local em saúde”, desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC), 2013. Financiada pela CAPES.

²Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem do PEN/UFSC. Membro do Grupo de Pesquisas em Administração e Gerência do Cuidado em Saúde e Enfermagem (GEPADES). Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: moniquehsenna@gmail.com.

³Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem e do PEN/UFSC. Vice-líder do GEPADES. Pesquisadora CNPq. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: selma.regina@ufsc.br.

⁴Enfermeira. Mestranda em Enfermagem do PEN/UFSC. Bolsista CAPES. Membro do GEPADES. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: janaracribeiro@gmail.com.

⁵Enfermeira. Mestranda em Enfermagem do PEN/UFSC. Bolsista CNPq. Membro do GEPADES. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: talitapiccoli@gmail.com.

Unidades Básicas de Saúde (UBS) com território locorregional delimitado, com o uso de tecnologias de baixa densidade e de alta complexidade, para auxiliar na resposta às necessidades de saúde da população por ela atendida (BRASIL, 2011).

A ESF foi adotada como um modelo de reorientação assistencial à saúde, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais, compostas por médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). As equipes da ESF promovem e desenvolvem o atendimento ao usuário/indivíduo na UBS, nos domicílios e na própria comunidade (BRASIL, 2011; ADDUM et al., 2011; MARCOLINO; SCOCHI, 2010). Elas produzem e utilizam informações em saúde sobre as necessidades da comunidade e tomam decisões para desenvolver ações relativas à resolução dos problemas identificados (BRASIL, 2011; 2003; ADDUM et al., 2011; MARCOLINO; SCOCHI, 2010).

O uso da informação constitui uma importante ação para a criação de significado, construção de novos conhecimentos e tomada de decisão, compreendendo o conhecimento organizacional da UBS (SILVA, 2004; DUARTE; SILVA; COSTA, 2007). Os dados são condições prévias para se obter a informação e o conhecimento desejados, específicos ao contexto, criados e disseminados na interação social dos indivíduos ou grupo de pessoas (TAKEUCHI; NONAKA, 2008).

A gestão do conhecimento (GC), definida como “o processo de criar continuamente novos conhecimentos, disseminando-os amplamente através da organização e incorporando-os velozmente em novos produtos/serviços, tecnologias e sistemas” (TAKEUCHI; NONAKA, 2008, p. 9), compreende um conjunto de técnicas e ferramentas que permitem a identificação, utilização e disseminação do conhecimento nas instituições (CÂNDIDO; ARAÚJO, 2003; DUARTE; SILVA; COSTA, 2007).

A GC envolve o processo de gerar, armazenar, distribuir e utilizar o conhecimento, sendo este um dos recursos mais importantes da organização para tornar as ações eficientes. Esse processo perpassa pela conversão do conhecimento (em suas diversas modalidades de conversão) e contribui para promover a disseminação e o compartilhamento entre toda a equipe, de modo que proporcione a inovação das ações de saúde que serão desenvolvidas na UBS (TAKEUCHI; NONAKA, 2008).

No âmbito da APS, tal processo, que se inicia a partir da criação de novos conhecimentos pela equipe de ESF, permite-lhe avaliar a situação de saúde da população, apontar áreas críticas que necessitam de atendimento, e decidir sobre que ação desenvolver. Ao fazer uso de um conjunto de técnicas e ferramentas para uma atuação coletiva no processo de trabalho, a equipe cria e compartilha conhecimento entre si e, na maioria das vezes, promove e

programa estratégias de ação para atingir os objetivos do serviço de saúde (CÂNDIDO; ARAÚJO, 2003; DUARTE; SILVA; COSTA, 2007; RADIGONDA et al., 2010).

Nos últimos anos, a enfermagem tem se destacado na gestão dos serviços de saúde, colaborando na coordenação das UBS e nas diferentes esferas gestoras. Além da prática assistencial, o enfermeiro executa atividades educativas e administrativas, o que faz com que este profissional desenvolva habilidades gerenciais (HAUSMANN; PEDUZZI, 2009; SANTOS et al., 2013). A percepção dos enfermeiros a respeito da utilização das informações em saúde, para a criação de significado e conhecimento, bem como a elaboração de estratégias de ação, possibilitará compreender os atributos da gestão do conhecimento no cotidiano da assistência e da organização dos serviços de saúde.

Nesse sentido, considerando que a informação em saúde é base para a criação de novos conhecimentos; que o compartilhamento de conhecimento fortalece processos inovadores no cuidado à saúde; e que os processos de gestão do conhecimento organizacional ocorrem através da interação profissional, busca-se compreender, na visão dos enfermeiros, de que maneira a equipe da ESF compartilha o conhecimento para a gestão das ações na UBS.

2 METODOLOGIA

Estudo de natureza qualitativa, com estratégia metodológica de estudo de casos múltiplos. O estudo de caso é um método que investiga fenômenos contemporâneos em profundidade, permitindo que o pesquisador se aproprie das características dos eventos da vida real, especialmente, quando não há controle sobre os eventos comportamentais (YIN, 2010). A pesquisa foi desenvolvida em Florianópolis, Santa Catarina, utilizando as técnicas de pesquisa documental e bibliográfica, entrevista semiestruturada e observação não participante.

A seleção dos casos foi baseada na classificação de desempenho do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) de 2012 e a partir de três critérios de inclusão: Equipes da ESF que receberam classificação de desempenho ótimo no PMAQ; Equipes da ESF que atenderam aos indicadores selecionados do banco de dados do SIAB no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2012; Equipes da ESF que possuísem informações 100% completas no banco do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) em todos os meses do recorte temporal.

A seleção das equipes de saúde se deu em dois momentos. No primeiro, foram eleitos oito indicadores de saúde do SIAB que, em princípio, recebem maior atenção dos profissionais, são eles: Total de famílias cadastradas na microárea; Total de visitas domiciliares (ACS);

Gestantes cadastradas na microárea; Gestantes acompanhadas na microárea; Diabéticos cadastrados; Diabéticos acompanhados; Hipertensos cadastrados; Hipertensos acompanhados.

No segundo momento, analisou-se o banco de dados das equipes de saúde que atuavam na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) no ano de 2013. Das cento e quinze equipes da ESF, noventa foram cadastradas no PMAQ. Destas, dezenove equipes de saúde receberam classificação de desempenho ótimo no programa. Das dezenove equipes, uma não existia em 2010, não possuindo banco de dados para análise, de acordo com os critérios de inclusão selecionados. Das dezoito equipes da ESF restantes, somente oito possuíam informações completas no banco de dados do SIAB em todos os meses de 2010 a 2012, utilizando como referência os oito indicadores selecionados.

A amostra final deste estudo de caso resultou em oito equipes da ESF, enumeradas de 1 a 8. As referidas equipes estavam distribuídas em seis UBS, denominadas, em Florianópolis, de Centros de Saúde (CSs), que receberam codificação de A a F, visando preservar o anonimato dos participantes. A coleta dos dados aconteceu entre os meses de maio e agosto de 2013.

Realizaram-se oito entrevistas e quatro períodos de observação nas reuniões mensais dos CSs em que o enfermeiro entrevistado estivesse presente. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) sob o nº 146.152/2012.

Na etapa seguinte ocorreu a triangulação dos dados qualitativos referentes às informações obtidas nas entrevistas e nas observações, comparando-se todas as fontes de informações de cada caso estudado. Optou-se por desenvolver a estratégia de triangulação concomitante, na qual o pesquisador busca confirmar proposições, realizar a validação cruzada dos dados ou corroborar resultados dentro do mesmo estudo (CRESWELL, 2010). Esta fase proporcionou a elaboração de três categorias: Registro das informações e produção de conhecimento na atenção primária à saúde; Compartilhamento de conhecimento na equipe de saúde; Processamento da informação para a tomada de decisão.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da interpretação dos dados e elaboração das categorias, observou-se a semelhança nos fatos relatados pela maioria dos entrevistados, como o registro das informações em saúde de formas distintas e em diferentes bancos de dados. Outro fator relevante constatado foi o compartilhamento de informações e conhecimento entre os profissionais da equipe da ESF, o que auxilia a gestão do conhecimento e a tomada de decisão em saúde.

3.1 REGISTRO DAS INFORMAÇÕES E PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A equipe multiprofissional realiza seus registros valendo-se dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) e/ou manualmente. O SIAB está entre os SIS utilizados rotineiramente pelas equipes de saúde e os relatórios mais usados são o Relatório Ambulatorial de Atividades Coletivas (RAAC), Relatório de Cadastramento das Famílias, Relatório de Produção e Marcadores para Avaliação (PMA2 e PMA2 Complementar). A SMS possui dois SIS próprios, o Cadastramento de Famílias (CADFAM) e o prontuário eletrônico InfoSaúde, ambos geram relatórios que são exportados para o Ministério da Saúde (MS).

De acordo com os entrevistados, os profissionais utilizam os SIS para registrar as atividades realizadas diariamente com a população, como a evolução do paciente, cadastro de novas famílias, resultado da busca ativa de doenças e agravos na população, atendimentos diretos às pessoas, configurando a produção diária da equipe de saúde. O InfoSaúde é um sistema desenvolvido pelo município, que facilita a utilização e o compartilhamento das informações entre os profissionais da equipe de saúde. Como o preenchimento dos dados é online, o registro das informações é automático, facilitando a retirada de relatórios de atendimento e o panorama geral de produtividade.

O InfoSaúde, que é o sistema informatizado da prefeitura e ali tem toda a nossa produção (E4).

No atendimento direto ao paciente, é tudo no InfoSaúde. O CADFAM, os cadastros familiares que as agentes comunitárias alimentam junto com o SIAB (E8).

A segunda maneira de registrar as informações ocorre de forma manual, através de anotações em cadernos, livros, ata das reuniões e planilha do Excel[®]. Cinco enfermeiros revelaram manter registros paralelos aos SIS, com o objetivo de complementar os dados e comparar as informações em saúde. Estas fontes adicionais são alimentadas e disponibilizadas para toda a equipe multiprofissional. A equipe utiliza tais fontes de informações secundárias para organizar, controlar e aprofundar os dados do SIAB, como também obter maior confiabilidade das informações referentes à população atendida. Na opinião dos entrevistados, o registro e a atualização das informações nas diferentes fontes de dados são fundamentais para o conhecimento da situação de saúde da comunidade e programação das estratégias de enfrentamento dos problemas identificados.

Eu faço tudo manual, todas as listagens, os controles, eu faço as tabelas e os cálculos todos pelo Excel (E5).

Nós temos tudo registrado em livro e ata das reuniões, muita coisa é no papel mesmo, é registro manuscrito (E8).

Os registros são meios de comunicação escrita com informações pertinentes à assistência, realizados pelos profissionais durante o desenvolvimento de suas atribuições. São considerados elementos essenciais no processo de cuidar, pois retratam a realidade, possibilitando a comunicação permanente entre os profissionais da equipe multidisciplinar (MATSUDA; CARVALHO; ÉVORA, 2006). Uma pesquisa realizada no estado do Rio de Janeiro objetivou contribuir para a avaliação da APS através de registros. A análise dos dados apresentados pelos estabelecimentos de saúde considerou que os registros são parte do diálogo entre todos os membros da equipe multidisciplinar, transmitindo informações e gerando conhecimento que auxiliam e promovem a tomada de decisão (VASCONCELOS; GRIBEL; MORAIS, 2008).

Assim, registrar dados e informações, quer seja do atendimento individual, do coletivo ou da atividade administrativa relacionada à prestação do serviço de saúde, é um requisito inicial para que a informação seja uma corrente de mensagens, de modo a contribuir para a criação do conhecimento. O fluxo das informações nos CSs compreende a coleta, registro e utilização de dados e informações relevantes para a gestão em saúde. Os dados são produzidos à medida que as famílias são acompanhadas pela equipe de ESF. A coleta e sistematização desses dados são feitas durante as visitas domiciliares e no atendimento individual ou coletivo dos usuários. Uma vez adicionados nos SIS, os dados são usados para a identificação e análise das principais necessidades da população, a equipe de saúde, então, define as medidas a serem adotadas para as situações que necessitam de intervenção. Deste modo, a informação é necessária antes de qualquer decisão em saúde e fornece subsídios fundamentais para o processo de criação e gestão do conhecimento organizacional (CALVO; MAGAJEWSKI; ANDRADE, 2010; THAINES et al., 2009; RADIGONDA et al., 2010).

O conhecimento, assim como a informação, diz respeito ao significado, é utilizado sempre para algum fim. O conhecimento, ao contrário da informação, refere-se às crenças e aos compromissos do indivíduo, sendo relacionado à ação humana. Tanto a informação quanto o conhecimento são específicos ao contexto e criados na interação social das pessoas (TAKEUCHI; NONAKA, 2008).

O conhecimento é formado por dois componentes dicotômicos, porém complementares, tácito e explícito. É preciso considerar que o conhecimento tácito, por ser pessoal, é difícil de ser articulado na linguagem formal ou repassado aos outros. Está enraizado nas ações e na experiência individual, acumulada ao longo dos anos. Por outro lado, o conhecimento explícito

pode ser articulado na linguagem formal e ter rápida disseminação entre os indivíduos. Pode ser formalizado em textos, gráficos e figuras, sendo organizado e armazenado em bases de dados (TAKEUCHI; NONAKA, 2008). Ambos os tipos de conhecimento são produzidos como resultado da interação dos indivíduos. Eles permeiam o funcionamento diário das organizações, inclusive as públicas de saúde, e contribuem para o alcance de seus objetivos, no caso em estudo, a atenção integral à saúde das pessoas. A criação do conhecimento no CS envolve a participação de todos os integrantes da equipe multiprofissional, desde o ACS que coletou e alimentou os SIS com dados brutos, até os profissionais médico e enfermeiro que, ao realizarem sua consulta, alimentam o prontuário de cada indivíduo e analisam as informações criadas pelos ACSs para prestarem atendimento. O processamento dessas informações como requisito para o atendimento em saúde consiste na internalização do conhecimento pelos profissionais e contribui para a criação do conhecimento organizacional do CS.

A produção de conhecimento no CS também envolve profissionais técnicos e gestores do município que recebem as informações, analisam e criam indicadores e metas para o trabalho da equipe de saúde. Esse trabalho acontece em conjunto com a coordenação do CS e contribui tanto para a gerência desta unidade de saúde, quanto para a gestão da saúde municipal, corroborando com a afirmação de Silva (2004), Takeuchi e Nonaka (2008) de que o conhecimento humano é criado e expandido quando a organização desenvolve processos sociais e ambientes colaborativos capazes de criar novos saberes a partir da conversão do conhecimento tácito em explícito.

3.2 COMPARTILHAMENTO DE CONHECIMENTO NA EQUIPE DE SAÚDE

Conforme o referencial da GC, as equipes de saúde compartilham conhecimento informalmente, por meio de reuniões semanais de equipe e reuniões mensais de todas as equipes que atuam no CS. As reuniões semanais se dão em períodos alternados entre as equipes de saúde, nas quais são discutidos casos e informações ligadas à atuação da própria equipe, ou seja, os profissionais se reúnem num intervalo de 2 a 3 horas para levantar problemas do cotidiano e discutir casos de saúde, definindo medidas a serem tomadas para cada situação. As reuniões semanais são uma forma de disseminar as informações a todas as equipes do CS, de forma que cada profissional esteja instrumentalizado para prestar um cuidado. Tal modo de compartilhar o conhecimento contribui para o aprimoramento e criação de novas formas de cuidar em saúde, uma vez que as ideias de cada profissional são potencializadas quando utilizadas coletivamente (FLEURY; FLEURY, 2000).

As reuniões mensais acontecem com a presença de todos os profissionais que atuam no CS. Os entrevistados relataram que as informações contidas nas fichas e relatórios, assim como os dados provenientes dos SIS, relativos às pessoas atendidas e procedimentos assistenciais e administrativos realizados, são, ali, debatidos com a finalidade de compartilhamento, participação e contribuição de cada profissional. Em ambientes de compartilhamento de informações, como estas de reuniões de equipe, as melhorias são oportunizadas para além das tarefas cotidianas e experiências individuais. Elas potencializam as competências profissionais e, dependendo do nível de confiança da equipe, favorecem o fortalecimento de habilidades e qualificações (ROSSETTI et al., 2008)

Nas reuniões mensais, muitas decisões são tomadas, configurando um momento de proposição de ações para o funcionamento do CS. Para os participantes, as reuniões semanais e mensais propiciam o compartilhamento de conhecimento e troca de experiências entre os profissionais das equipes de saúde. O valor do trabalho em equipe para a gestão do conhecimento tem sido destacado por diversos autores (ROSSETTI et al., 2008). O trabalho em equipe, além de ampliar os níveis de confiança, cooperação e compreensão, reforça responsabilidades e compromissos, estabelece lealdade e gera condições para o desenvolvimento de uma organização do conhecimento.

Estamos sempre trocando informações e discutindo questões da unidade na reunião mensal (E5).

As informações novas e relevantes têm que ser apresentadas na reunião (E6).

Todos estão juntos na reunião e as informações são discutidas abertamente durante a reunião (E8).

Além das reuniões, o compartilhamento de conhecimento também ocorre por meio de conversas durante a jornada de trabalho, ligações telefônicas para tirar dúvidas ou em encontros na sala do café, durante o intervalo. A equipe se reúne informalmente para tratar de assuntos corriqueiros ou que são mais urgentes e necessitam da opinião e intervenção dos demais profissionais. Essa rápida interação propicia o engajamento de todos na resolução dos problemas de saúde identificados e confere maior agilidade aos processos dentro do CS. Ademais, a interação espontânea permite que cada indivíduo expresse sua criatividade e contribua para a inovação do cuidado, a partir de suas experiências.

Trocamos informação de maneira informal, no tempinho que temos sobrando, às vezes surge uma ideia e nós começamos a discutir (E7).

Outra forma de compartilhar conhecimentos no CS é a utilização de ferramentas online, como o *GoogleTalk*, *Dropbox*, e-mail, entre outros. Tais ferramentas auxiliam os profissionais a formarem grupos para o compartilhamento de dados, discussão de casos e repasse de documentos de comum utilização entre a equipe, funcionando como uma via para a comunicação interna no CS. Esta ação oferece suporte quando a equipe se encontra ocupada com as demais tarefas, porém precisa compartilhar informações e tomar decisões com maior urgência.

Todos nós temos acesso, tanto para visualizar como para modificar as informações disponíveis no Dropbox (E5).

A comunicação interna tem papel central no compartilhamento de conhecimento dentro da organização. A visão comum das informações promove a criatividade, a confiança e o comprometimento da equipe. Profissionais bem informados sentem-se mais seguros e agem melhor, de forma que a confiança entre a equipe é fortalecida e os processos aprimorados (FLEURY; FLEURY, 2000; VASCONCELOS; GRIBEL; MORAIS, 2000).

Essas formas de compartilhamento do conhecimento no CS nos remetem aos modos de conversão e ampliação do conhecimento organizacional - socialização, exteriorização, combinação e internalização (TAKEUCHI; NONAKA, 2008; DALKIR, 2005). Conforme se depreendeu dos relatos dos entrevistados, no processo de socialização por meio de reuniões, ferramentas *on-line* e momentos de interrupção do trabalho, como o intervalo para o café, propiciam a externalização e internalização do conhecimento pelos profissionais. No processo de externalização, os profissionais expressam seu conhecimento tácito e, ao mesmo tempo, contribuem para que novos conhecimentos e formas de cuidado sejam internalizados. A internalização consiste, desta forma, na obtenção e aprendizado através de experiências alheias, entre os membros da equipe (REZENDE, 2012).

Quando levamos isso para as reuniões e discussões coletivas da equipe, vislumbramos a espiral do conhecimento se expandindo para a organização, neste caso compreendida pelos CSs do estudo. O processamento e a análise das informações feitas individualmente pela coordenação da unidade, que também coordena as reuniões, são compartilhados com as equipes de saúde e, com o apoio dos protocolos e manuais – combinação de conhecimento explícito – muito utilizados na saúde pública, são novamente internalizados, processados e ressocializados pelos integrantes da equipe. Esse ciclo está constantemente presente no trabalho em saúde desenvolvido nos CSs, e muitas das novas ações de cuidado, ou do aprimoramento das ações, decorrem do referido processo.

É durante o processo de transformação do conhecimento – tácito-explícito-tácito – que novos conhecimentos em saúde são criados. O compartilhamento de tal conhecimento entre a equipe dos CSs se configura, assim, como o protagonista na etapa de socialização do conhecimento e permite que a gestão do conhecimento se efetive como prática que visa agregar valor às informações e disseminá-las por toda a organização e, até, transcenda para o âmbito da gestão em saúde municipal (REZENDE, 2012).

Nesse sentido, percebe-se que o compartilhamento de conhecimento nos CSs auxilia a tomada de decisão e a programação das estratégias de ação na APS. A interação da equipe multiprofissional, o compromisso de cada membro do grupo e a forma de organização de seu trabalho fazem com que se desenvolva uma cultura organizacional promotora do conhecimento, onde cada indivíduo contribui para o alcance dos objetivos propostos.

3.3 PROCESSAMENTO DA INFORMAÇÃO E TOMADA DE DECISÃO

Os enfermeiros entrevistados relataram que as equipes de saúde se valem das informações de diferentes fontes para tomar decisões, planejar ações e programar estratégias para solucionar os problemas encontrados na comunidade. As informações são provenientes dos SIS e seus indicadores de saúde, reuniões semanais e mensais, fonte de dados própria e necessidades percebidas e relatadas pelos membros da equipe de saúde.

A compreensão atual da teoria da criação do conhecimento organizacional mostra que “as organizações utilizam as informações em três arenas estratégicas: criação de significado, construção de conhecimento e tomada de decisões” (CHOO, 2003, p. 337). A criação de significado expressa o que é fundamental para uma organização e seus membros, em que ocorre a interpretação de dados e informações provenientes do ambiente de trabalho. A construção de conhecimento gera inovações e competências que ampliam o horizonte de escolha, na qual a conversão do conhecimento é o principal processo de informação. A tomada de decisões implica seguir rotinas e princípios que simplificam e legitimam as ações. A principal atividade desenvolvida é o processamento e análise da informação a partir das alternativas disponíveis. Estes são processos interligados que se complementam na busca e utilização da informação. É essencial que a organização apoie e estimule o desenvolvimento de atividades de criação do conhecimento entre os indivíduos e/ou ofereça ambientes de compartilhamento favoráveis para elas (CHOO, 2003).

Ao testar e escolher o que fazer com o novo conhecimento/ação, os profissionais de saúde estão tomando decisões baseadas em significados atribuídos aos dados e informações coletadas pela equipe da ESF. Cada um dos três modos de utilizar a informação na gestão do

conhecimento possui características próprias e processos particulares, porém, todos se utilizam de recursos emocionais, cognitivos e ativos para a construção de novos conhecimentos. Esses recursos interagem para influenciar o contexto e o fluxo da informação dentro dos CSs.

As diferentes fontes de dados se complementam para ampliar o conhecimento de cada profissional, e assim auxiliar a tomada de decisão, com base em dados de maior fidedignidade sobre a situação de saúde das pessoas e famílias atendidas (ROSSETTI et al., 2008). Os participantes afirmaram que o trabalho em equipe adquire um significado singular dentro do CS, visto que possibilita sua estruturação com base no compartilhamento de informações e na cooperação entre os profissionais. Para uma organização de saúde, é possível inferir que o resultado dessa relação (informação e cooperação) permitirá oferecer um serviço que atenda às necessidades e expectativas de seus usuários.

Esses dias nós observamos que o SIAB estava com vinte e cinco gestantes, dentre elas, dez eram abaixo de 20 anos. Então, na reunião, nós começamos a elaborar estratégias para ver o que está acontecendo de errado e começamos a observar os problemas que nós poderíamos resolver a respeito da gravidez da adolescência e a ida da adolescente para a escola (E2).

Em analogia à relação estabelecida entre a gestão do conhecimento e o planejamento de demanda em empresas do setor privado (SANTOS; POPADIUK, 2010), no setor público de saúde, em especial nos CSs, o fluxo da informação também percorre o trânsito desde conversas informais até reuniões periódicas, de forma tácita ou explícita. Há um armazenamento em bancos e sistemas de dados estruturados, para o qual convergem interações individuais e/ou coletivas.

A tomada de decisão não é um fato isolado, mas a somatória de um conjunto de fatores, que buscam organizar as ideias e as soluções para determinadas situações encontradas, exigindo raciocínio com base no conhecimento adquirido ao longo do tempo (TAMBORLIN; DALFOVO, 2014). O planejamento coletivo das ações torna-se um processo enriquecedor, na medida em que os diferentes profissionais oferecem seu ponto de vista para programar estratégias de ação e intervenções, que permitam assistir as famílias sob a perspectiva da integralidade.

Campos (2007) discute as definições que relacionam conhecimento com ação e a possibilidade de seu compartilhamento. Argumenta que, embora necessário, o conhecimento não é suficiente. Além deste, são necessárias a intenção e a capacidade e/ou poder para realizar o ato. Contudo, o processo de compartilhar conhecimento, para melhor assistir as pessoas e

famílias, contribui para promover um atendimento em saúde com qualidade. Neste cenário de prática de saúde, as ações são desenvolvidas com as pessoas envolvidas na situação posta, de acordo com as competências e a governabilidade que cada envolvido possui.

4 CONCLUSÕES

O presente estudo buscou compreender como as equipes de ESF de uma capital brasileira compartilham o conhecimento produzido no atendimento em saúde, nos CSs. Foram entrevistados oito enfermeiros, integrantes e coordenadores dessas equipes. Os enfermeiros afirmam que as equipes coletam dados, armazenam e utilizam as informações para a produção e compartilhamento de conhecimentos dentro dos CSs e, também, para a tomada de decisão em saúde.

A informações existentes nos CSs são geradas a partir de dados coletados nos atendimentos realizados à população. Os dados são registrados em SIS e contribuem para a formulação de indicadores e metas em saúde e para identificar a situação de saúde da população atendida. Tais informações registradas nos SIS compreendem a base do conhecimento que será compartilhado e difundido tanto nos CSs, quanto além deles, de forma que a gestão municipal também possa ter acesso e planejar ações em saúde. Desta forma, os SIS fornecem apoio e suporte operacional à GC pela equipe e as diferentes fontes de dados auxiliam o armazenamento e fluxo de informações que se complementam para ampliar o conhecimento de cada profissional.

O compartilhamento do conhecimento ocorre através de práticas informais de GC, como reuniões de equipe, discussões durante a escala de trabalho, conversas durante o cafezinho e acesso a arquivos armazenados em ferramentas eletrônicas. Essas práticas favorecem a interação e disseminação das ideias e facilitam o compartilhamento do conhecimento de cada profissional. Os profissionais interagem trocando informações e compartilhando conhecimentos que facilitam a produção de novos conhecimentos, contribuindo para o processo de tomada de decisão na ESF.

A tomada de decisão é facilitada na medida em que a GC se concretiza no cotidiano das equipes de saúde. O conhecimento compartilhado entre a equipe contribui para que as ações produzidas sejam incorporadas no processo de trabalho de cada profissional e institucionalizadas pelos CSs. Há um sentimento mútuo de colaboração e comprometimento na equipe multiprofissional, que toma decisões coletivamente. Isso favorece o planejamento participativo, uma vez que os diferentes profissionais oferecem seu ponto de vista para programar estratégias que busquem oferecer um atendimento de qualidade à população.

Percebe-se, nesta forma de organização do trabalho, que a espiral do conhecimento está constantemente presente nos CSs. O conhecimento adquirido e compartilhado contribui para o aumento do conhecimento organizacional dos CSs, auxiliando-os no alcance dos objetivos propostos pela ESF. A interação dos membros da equipe de saúde faz com que se desenvolva um ambiente propício para a criação de novos conhecimentos e, principalmente, uma atmosfera de cumplicidade, confiança e comprometimento frente aos objetivos da APS.

É importante salientar que, embora o estudo tenha identificado práticas de GC nos CSs, estas não são reconhecidas pelas equipes. A GC acontece de forma inconsciente, sem a existência de um departamento ou órgão que estimule seu desenvolvimento dentro dos CSs estudados. Estudos realizados por Pinto, Oliveira e Castro (2012); Cruz e Nagano (2008); Lima e Amaral (2008), em outras áreas do conhecimento, também identificam que muitas organizações realizam a GC em suas rotinas, porém, sem uma estrutura formal, sistemática e/ou específica para isso. Assim, sugere-se a realização de novos estudos que permitam compreender cada processo da GC e elucidá-los aos profissionais da APS, a fim de potencializar ainda mais a produção de novos conhecimentos e formas de cuidar em saúde.

REFERÊNCIAS

ADDUM, F. M.; SERRA, C. G.; SESSA, K. S.; IZOTON, L. M.; SANTOS, T. B. Planejamento local, saúde ambiental e Estratégia Saúde da Família: uma análise do uso de ferramentas de gestão para a redução do risco de contaminação por enteroparasitoses no município de Venda Nova do Imigrante. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 21, n. 3, p. 955-977, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **SIAB: manual do sistema de informação de atenção**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003 (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de Outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União. Brasília**, 24, out. 2011.

CALVO, M. C. M.; MAGAJEWSKI, F.; ANDRADE, S. R. **Gestão e avaliação na Estratégia Saúde da Família**. Especialização em Saúde da Família. Universidade Federal de Santa Catarina, 2010.

CAMPOS, L. P. B. Análise da nova gestão do conhecimento: perspectivas para abordagens críticas. **Perspectiva em ciência da Informação**, v.12, n.1, p. 104-122, 2007.

CÂNDIDO, G. A.; ARAÚJO, N. M. As tecnologias de informação como instrumento de viabilização da Gestão do Conhecimento através da montagem de mapas cognitivos. **Ciência da Informação**, v. 32, n. 3, p. 38-45, 2003.

CHOO, C. W. **A organização do conhecimento**. São Paulo: Senac, 2003.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CRUZ, C.A.; NAGANO, M.S. Gestão do conhecimento e sistemas de informação: uma análise sob a ótica de criação do conhecimento. **Perspectivas em Ciência da Informação**. v. 3. n. 2. p. 88-106. Maio/Ago., 2008.

DALKIR, K. **Knowledge Management in Theory and Practice**. Boston: Elsevier, 2005.

DUARTE, E. N.; SILVA, A. K. A.; COSTA, S. Q. Gestão da informação e do conhecimento: práticas de empresa “excelente em gestão empresarial” extensivas à unidades de informação. **Informação e Sociedade: Estudos**, v. 17, n. 1, p. 97-107, 2007.

FLEURY, A; FLEURY, M. T. L. **Estratégias empresariais e formação de competências**. São Paulo: Atlas, 2000.

LIMA, K.K.; AMARAL, D.C. Práticas de gestão do conhecimento em grupos de pesquisa da rede Instituto Fábrica do Milênio. **Gest. Prod.**, São Carlos, v. 15, n. 2, p. 291-305, maio-ago. 2008.

HAUSMANN, M.; PEDUZZI, M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 258-265, 2009.

MARCOLINO, J. S.; SCOCHI, M. J. Informações em saúde: o uso do SIAB pelos profissionais das Equipes de Saúde da Família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 31, n. 2, p. 314-320, 2010.

MATSUDA L.M; CARVALHO A. R. S; ÉVORA Y. D. M. Anotações/registros de enfermagem em um hospital escola. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v.08, n.3, p. 415-421, 2006.

PINTO, L.M.; OLIVEIRA, P.W.S.; CASTRO, A.B.C. Gestão do conhecimento numa instituição pública de assistência técnica e extensão rural do Nordeste do Brasil. **Rev. Adm. Pública**. Rio de Janeiro 46(5):1341-366, Set. /Out. 2012.

RADIGONDA, B.; CONCHON, M. F.; CARVALHO, W. O.; NUNES, E. F. P. A. Sistema de Informação da Atenção Básica e sua utilização pela Equipe de Saúde da Família: uma revisão integrativa. **Revista Espaço para a Saúde**, v. 12, n. 1, p. 38-47, 2010.

REZENDE, Leandro Borges. Um modelo de Intranet colaborativa como ferramenta estratégica para a criação e disseminação do conhecimento corporativo. **Revista GC Brasil**. Edição especial. Out., 2012.

ROSSETTI, A; PACHECO, A. P. R; SALLES, B; GARCIA, M; SANTOS, N. A organização baseada no conhecimento: novas estruturas, estratégia e redes de relacionamento. **Ciência da Informação**, v.37, n.1, p. 61-72, 2008.

SANTOS, J. L. G.; PESTANA, AL. L.; GUERRERO, P.; MEIRELLES, B. S. H.; ERDMANN, A. L. Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 2, p. 257-263, 2013.

SANTOS, A. E. M.; POPADIUK, S. A gestão do conhecimento e a capacidade de competição. **Revista Contemporânea de Economia e Gestão**, v. 8, n. 1, p. 21-32, 2010.

SILVA, S. L. Gestão do Conhecimento: uma revisão crítica orientada pela abordagem da criação do conhecimento. **Ciência da Informação**, v. 33, n. 2, p. 143-151, 2004.

TAKEUCHI, H.; NONAKA, I. **Gestão do Conhecimento**. Porto Alegre: Bookman, 2008.

TAMBORLIN, N.; DALFOVO, O. Delineamento de um painel de indicadores de desempenho nas IES como tecnologia da informação e inteligência competitiva para auxiliar o gestor na tomada de decisão. **International Journal of Knowledge Engineering and Management**, v. 3, n.5, p. 54-97, 2014.

THAINES, G. H. L. S.; BELLATO, R.; FARIA, A. P. S.; ARAÚJO, L. F. S. Produção, fluxo e análise de dados do Sistema de Informação em Saúde: um caso exemplar. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 466-474, 2009.

VASCONCELOS, M. C. R. L. **Cooperação universidade/empresa na pós-graduação: contribuição para a aprendizagem, a gestão do conhecimento e a inovação na indústria mineira**. 2000. [Tese] (Doutorado em Ciência da Informação). Escola de Ciência da Informação. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2000.

VASCONCELOS, M. M; GRIBEL, E. B; MORAIS I. H. S. L. Registros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica. **Caderno de Saúde Pública**, v.24, n.1, p. 5173-5182, 2008.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.