

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Daniele Knopp Ribeiro

**Educação Permanente em Saúde e Gestão do Conhecimento: um estudo de
(in)compatibilidades**

Juiz de Fora
2022

Daniele Knopp Ribeiro

**Educação Permanente em Saúde e Gestão do Conhecimento: um estudo de
(in)compatibilidades**

Dissertação apresentada ao Programa da Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Doutora Denise Barbosa de Castro Friedrich

Juiz de Fora

2022

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Knopp Ribeiro, Daniele.
Educação Permanente em Saúde e Gestão do Conhecimento : um estudo de (in)compatibilidades / Daniele Knopp Ribeiro. -- 2022.
104 p.

Orientadora: Denise Barbosa de Castro Friedrich
Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2022.

1. Educação Permanente em Saúde. 2. Gestão do Conhecimento. 3. Gestão em saúde. 4. Enfermagem. 5. Pesquisa qualitativa. I. Barbosa de Castro Friedrich, Denise, orient. II. Título.

Daniele Knopp Ribeiro

Educação Permanente em Saúde e Gestão do Conhecimento: um estudo de (in)compatibilidades

Dissertação
apresentada
ao Programa de Pós-
Graduação em
Enfermagem
da Universidade
Federal de Juiz de
Fora como requisito
parcial à obtenção do
título de Mestre em
Enfermagem.

Aprovada em 18 de janeiro de 2022.

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Denise Barbosa de Castro Friedrich - Orientador

Universidade Federal de Juiz de Fora

Profª Drª Marília Alves

Universidade Federal de Minas Gerais

Profª Drª Nádia Fontoura Sanhudo

Universidade Federal de Juiz de Fora

Profª Drª Mariana Almeida Maia

Universidade Federal de Minas Gerais

Profª Drª Beatriz Francisco Farah

Universidade Federal de Juiz de Fora

Juiz de Fora, 27/12/2021.



Documento assinado eletronicamente por **Nadia Fontoura Sanhudo, Professor(a)**, em 20/01/2022, às 11:32, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Mariana Almeida Maia, Usuário Externo**, em 20/01/2022, às 14:37, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Denise Barbosa de Castro Friedrich, Usuário Externo**, em 20/01/2022, às 15:28, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Marília Alves, Usuário Externo**, em 20/01/2022, às 16:35, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Ufjf (www2.ufjf.br/SEI) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **0627896** e o código CRC **0157E6E6**.

RESUMO

A presente pesquisa tem por objetivo analisar as (in)compatibilidades entre a Educação Permanente em Saúde e a Gestão do Conhecimento em uma Superintendência Regional de Saúde de Minas Gerais. Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, exploratória, balizando-se em autores que analisam a educação na saúde brasileira e a Gestão do Conhecimento também na área da saúde e na administração pública. O cenário do estudo foi uma Superintendência Regional de Saúde referência enquanto Polo de uma Macrorregião e Microrregião do estado de Minas Gerais, com 10 trabalhadores de saúde, com ensino superior completo que desenvolvem atividades de gestão em saúde enquanto participantes. Para abordagem dos participantes, utilizou-se um instrumento de coleta de dados on-line, elaborado por meio do *Google Forms*, contendo 11 perguntas discursivas, além da seção de caracterização e percurso profissional. De fevereiro a maio de 2021 os dados foram recolhidos, sendo esses, analisados conforme a técnica de Análise de Conteúdo Temática proposta por Bardin. A partir da Exploração do Material definiu-se sete unidades de registro agrupadas em quatro categorias. Compreende-se que a Educação Permanente em Saúde e a Gestão do Conhecimento se encontram no movimento das (in)compatibilidades dos conhecimentos na SRS, distanciando, na segmentação da relação–conhecimentos dos trabalhadores e aproximando, ao promover o encontro partilhado e conceitualmente alinhado em planos/modelos próprios. Assim, demanda atenção e identificação dos fluxos cotidianos dos conhecimentos nas regiões de saúde, revisar e fortalecer as políticas públicas de saúde do estado de Minas Gerais e aprofundar modelos de Gestão do Conhecimento para administração pública em saúde, que oportunizem fortalecer o trabalho em saúde no SUS continuamente em transformação, conforme as necessidades da sociedade.

Palavras-chave: Educação Permanente em Saúde. Gestão do Conhecimento. Gestão em saúde. Enfermagem. Pesquisa qualitativa.

ABSTRACT

The present work has the objective to analyze the (in)compatibilities between Permanent Education in Healthcare and the Management of Knowledge in a Regional Superintendence of Healthcare in Minas Gerais. It is a study of qualitative nature, exploratory, basing itself in authors who analyze health education in Brazil and the Management of Knowledge in public administration and also in the health system. The scenario of the study was a Regional Superintendence of Healthcare, which is a benchmark as a center of a Macro and Microregion of Minas Gerais state, with 10 health workers, with higher education, who develop activities in management of healthcare as participants. To approach the participants, an online data collection tool was used, elaborated through Google Forms, containing 11 open questions, besides the characterization section and professional path. From February to May 2021 the data was collected and analyzed according to the Thematic Content Analysis technique proposed by Bardin. From the Material Exploration, seven units of recordings were defined between four categories. It is understood that the Permanent Education in Healthcare and the Knowledge Management connect in the movement of the (in)compatibilities of knowledge at the SRS, distancing it, in the segmentation of the relation-knowledge of the workers and approximating by promoting the shared and conceptually aligned in their own plans/models meeting. Therefore, it demands attention and the identification of daily flows of knowledge in the healthcare region, revision and strengthening the healthcare public policies of the state of Minas Gerais and deepen the Knowledge Management models for the public healthcare administration, which open opportunities for strengthening the work in healthcare in SUS, which is in constant transformation, observing society's needs.

Keywords: Permanent Education in Healthcare. Management of Knowledge. Health Management. Nursing. Qualitative Research.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	– Organização da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde instituída pela Portaria 1996/2007.....	28
Figura 2	– Divisão das Macrorregiões de Minas Gerais.....	32
Figura 3	– Modelo de Gestão do Conhecimento para a Administração Pública.....	41
Figura 4	– Ciclo de GC – O Ciclo KDCA.....	42
Figura 5	– Modelo de gestão do conhecimento da administração pública estadual.....	45
Figura 6	– Modelo de organização das respostas centrais do instrumento de coleta de dados.....	54
Figura 7	– Taxonomia de gestão do conhecimento.....	71
Quadro 1	– Caracterização dos gestores da SRS.....	56
Quadro 2	– Percurso educacional dos gestores da SRS.....	56
Quadro 3	– Percurso profissional dos gestores na SRS.....	58
Quadro 4	– Categorias e UR.....	61

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AO	Aprendizagem Organizacional
AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
CGR	Colegiados de Gestão Regional
CIB	Comissão de Intergestores Bipartite
CIT	Comissão de Intergestores Tripartite
CIR	Comissões de Intergestores Regionais
CIES	Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço
CIES - Estadual	Comissão Permanente de Integração Ensino e Serviço Estadual
COSEMS	Conselho de Secretários Municipais de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários da Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
COREQ	<i>Consolidated criteria for reporting qualitative research</i>
CAF	Coordenação de Assistência Farmacêutica
CAS	Coordenação de Atenção à Saúde
CGFPC	Coordenação de Gestão, Finanças e Prestação de Contas
CREG	Coordenação de Regulação
CVS	Coordenação de Vigilância em Saúde
DEGES	Departamento de Gestão da Educação na saúde
DEGERTS	Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde
EC	Educação Continuada
EIP	Educação Interprofissional em Saúde
EP	Educação Permanente
EPS	Educação Permanente em Saúde
EPGS	Especialista em Políticas e Gestão da Saúde
FAPEMIG	Fundação de Amparo à pesquisa de Minas Gerais
GAPESE	Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Autocuidado e Processos Educativos em Saúde e Enfermagem
GRS	Gerências Regionais de Saúde
GP	Gestão de Processos

GC	Gestão do Conhecimento
IE	Instituição de Ensino
IES	Instituição de Ensino Superior
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
ISO	<i>International Organization for Standardization</i>
LGBT	Lésbica, Gay, Bissexual, Travesti e Transexual
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
MGCAPB	Modelo de Gestão do Conhecimento para a Administração Pública Brasileira
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAREPS	Plano de Ação Regional para a Educação Permanente em Saúde
PGC	Plano de Gestão do Conhecimento
PEEPS	Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde
PREPS	Plano Regional de Educação Permanente em Saúde
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PPREPS	Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde
PLE	Projeto Larga Escala
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNSILGBT	Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
PPSUS	Programa de Pesquisa para o SUS
PROFAE	Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem

Pró-Saúde	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PRO EPS-SUS	Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde
RH	Recursos Humanos
RTs	Referências Técnicas
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SES/MG	Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na saúde
SEPLAG/MG	Secretaria de Planejamento e Gestão de Minas Gerais
SUS	Sistema Único de Saúde
SRS	Superintendência Regional de Saúde
SRQR	<i>Standards for Reporting Qualitative Research</i>
TGS	Técnico em Gestão em Saúde
TI	Tecnologia da Informação
TICs	Tecnologias da Informação e Comunicação
TGS	Teoria Geral dos Sistemas
TCG	Termo de Compromisso de Gestão
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UC	Unidade de Contexto
UR	Unidade de Registro
URS	Unidades Regionais de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	OBJETIVOS.....	21
2.1	OBJETIVOS GERAL.....	21
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	21
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	22
3.1	EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: DA POLÍTICA À REGIONALIZAÇÃO.....	22
3.2	GESTÃO DO CONHECIMENTO NA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA DE SAÚDE BRASILEIRA.....	35
4	PERCURSO METODOLÓGICO.....	50
5	RESULTADOS.....	56
5.1	PERFIL E TRAJETÓRIA DOS PARTICIPANTES.....	56
5.2	CATEGORIAS E UNIDADES DE REGISTO.....	60
5.2.1	Categoria 1 – Identificação e integração dos conhecimentos na Superintendência Regional de Saúde.....	61
5.2.2	Categoria 2 – Da lacuna ao potencial da Educação Permanente em Saúde.....	62
5.2.3	Categoria 3 – Gestão do Conhecimento e Superintendência Regional de Saúde.....	63
5.2.4	Categoria 4 – (In)compatibilidades entre Educação Permanente em Saúde e a Gestão do Conhecimento.....	64
6	DISCUSSÃO.....	66
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	79
	REFERÊNCIAS.....	82
	APÊNDICE A – E-MAIL COM TEXTO CONVITE.....	99
	APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	100
	ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	106

1 INTRODUÇÃO

O desenvolvimento desta dissertação parte do meu interesse em educação na saúde, que integra o campo de educação na Enfermagem, elo que desde o bacharelado me motiva e me provoca cientificamente. Tema transversal, a educação esteve presente em vários momentos, como nas experiências de práticas educativas e nas visitas domiciliares.

A partir das discussões na disciplina de Administração em Enfermagem, essas experiências ampliam seu sentido, ao relacionar o ensino enquanto um dos processos de trabalho na Enfermagem¹ e estabelecer a distinção entre os conceitos de educação na saúde e educação em saúde. Educação na saúde relaciona-se a educação no trabalho, formação posterior ao bacharel ou curso técnico de nível médio. Educação em saúde, por sua vez, diz respeito a práticas educativas compartilhadas entre a comunidade e os trabalhadores de saúde, visando autonomia e participação da população no cuidado (FALKENBERG *et al.*, 2014).

Paralelamente, experienciei projetos de extensão e pesquisa, com atuação na educação em saúde de escolares que originaram contribuição em eventos e produções científicas, assimilando como a educação se insere no Sistema Único de Saúde (SUS) e na Enfermagem. Contudo, assim como outros conceitos que permeiam esse trabalho, a educação é uma disciplina² em disputa. A reflexão crítica e a compreensão das possibilidades metodológicas manifestaram por associar, junto ao curso de bacharelado, a licenciatura em Enfermagem.

As disciplinas compartilhadas com outros cursos, não somente da área da saúde, potencializaram a relevância da formação interprofissional e interdisciplinar, compreendida na colaboração e integração entre diferentes profissionais e campos do conhecimento — recomendada para a educação na saúde (BRASIL, 2018a). O estágio em um curso de educação profissional técnico de nível médio de Enfermagem me aproximou não só dos desafios da formação profissional como também de como é conduzida a formação técnica em Enfermagem e do perfil das pessoas que se interessam pelo curso. Estagiar em uma escola e, mais especificamente, com alunos

¹ Possui a finalidade de formação na Enfermagem. Os demais processos são o assistir, administrar, pesquisar e participar politicamente (SANNA, 2007).

² Campo de estudo com conhecimentos próprios e de relevância social (DIAS; DAVID; VARGENS, 2016).

da Educação de Jovens e Adultos, foi uma oportunidade de cuidado fora de uma instituição de saúde.

Ao final da graduação, com diversas apreciações da educação na Enfermagem, ingresso no Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Autocuidado e Processos Educativos em Saúde e Enfermagem (GAPESE) e participo da seleção para bolsista do projeto “Educação Permanente como dispositivo de gestão do Sistema Único de Saúde”.³ Nesse projeto, pretendeu-se “analisar a Educação Permanente como dispositivo de gestão dos profissionais de saúde nas Superintendências e Gerências Regionais de Saúde de Minas Gerais” (LIMA *et al.*, 2020, p. 133). Desse modo, o projeto me oportunizou uma imersão que àquela altura ainda não me era comum: a da gestão em educação na saúde.

Ao compreender a centralidade e indivisibilidade das esperas política, de gestão e educação na área da saúde, a presente pesquisa tem por objeto: as (in)compatibilidades entre Educação Permanente em Saúde e a Gestão do Conhecimento. Permeado pela pandemia por COVID-19, esse estudo carrega apreensões acerca do risco de infecção pela doença de familiares, de amigos e da sociedade em geral, inclusive dos participantes. Ciente da centralidade dos trabalhadores de saúde nesse momento, o desenvolvimento da pesquisa é permeado pela preocupação de minimizar potenciais riscos de infecção e de não sobrecarregar os participantes.

A Educação Permanente em Saúde (EPS), enquanto política pública de saúde, está inserida no SUS a partir da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Além de ser a principal estratégia de educação na saúde, é um conceito pedagógico favorável à qualificação da assistência, de acordo com a necessidade de saúde da população. O conceito deve ser aplicado mediante a articulação ensino-serviço-comunidade, a incorporação do arcabouço legal do SUS e a ressignificação e condução pelos trabalhadores de suas práticas cotidianas no trabalho em saúde (NIDECK; QUEIROZ, 2015; RODRIGUES, 2016).

Preconiza-se a problematização do cotidiano, motivando o trabalhador a construir aprendizagens significativas por meio de metodologias ativas. Para tanto, leva-se em conta a reorganização do conhecimento e/ou experiências já existentes

³ Contemplado pelo edital 07/2017 pelo Programa de Pesquisa para o SUS (PPSUS) do Ministério da Saúde (MS) em parceria com a Fundação de Amparo à pesquisa de Minas Gerais (FAPEMIG) (LIMA *et al.*, 2020).

com o acréscimo de novos conhecimentos e/ou experiências, a partir da vontade do sujeito, sua ação em problematizar o cotidiano e a materialidade da aprendizagem em ações de transformação da realidade (GIGANTE; CAMPOS, 2016; NIDECK; QUEIROZ, 2015; RODRIGUES, 2016).

Dessa forma, as ações de EPS ou a EPS acontecem em capacitações, cursos e treinamentos — Educação Continuada (EC) —, assim como em formas consideradas não tradicionais de aprendizagem, como as rodas de conversa e/ou discussão, em que é possível existir encontro. Encontro com o outro, com o coletivo, em que se prevê movimento, partilha, reflexão, troca, formação, criação e reinvenção do mundo do trabalho do cuidado (MERHY, 2015; SILVA *et al.*, 2019). A unidade nuclear da EPS é formada por trabalhadores de saúde que, por influência da Educação Popular em Saúde,⁴ desenvolvem o dinamismo e o protagonismo de agentes da condução da problematização e transformação das práticas, com a centralidade e contextualidade do trabalho, pelo trabalho e para o trabalho (RODRIGUES, 2016; SILVA *et al.*, 2019).

Agregando a unidade nuclear da EPS, tem-se a formação do quadrilátero da EPS, formado por trabalhadores de saúde, instituições de ensino (IE), gestão em saúde⁵ (municipal e estadual e/ou de seus representantes) e órgãos de controle social (a exemplo dos conselhos de saúde), que devem conduzir e sustentar a PNEPS em constante compartilhamento e articulação. Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 52) definem que no quadrilátero estão “[...] aspectos éticos, estéticos, tecnológicos e organizacionais, operando em correspondência, agenciando atos permanentemente reavaliados e contextualizados”. A contribuição da articulação da EPS transcende o quantitativo, no alcance de metas pré-estabelecidas, para agregar qualitativamente no trabalho, considerando também as experiências não formais de educação (BORGES *et al.*, 2019).

⁴ Movimento social de educação em saúde com origem na década de 1960, de enfrentamento dos problemas de saúde pautado no diálogo, participação democrática e empoderamento da população (FALKENBERG *et al.*, 2014).

⁵ Reflete-se sobre a construção do conceito a partir da aplicação do campo de conhecimento da administração tradicional, tendo em vista, novas relações e ferramentas utilizadas no nosso tempo, perpassando no caso da saúde brasileira, a responsabilidade do Estado com o conjunto de ações e serviços que integram a efetivação do direito à saúde (PEREIRA; LIMA, 2008).

A Atenção Básica – considera-se na pesquisa (AB) como sinônimo de Atenção Primária à Saúde (APS)⁶ – destaca-se na apropriação da EPS como espaço de formação para o SUS. Observam-se contribuições no entrosamento das equipes de saúde: planejamento, sistematização e avaliação do trabalho realizado, olhar ampliado para a assistência, construção de uma relação horizontal e mais participativa com a população (DOLNY *et al.*, 2020).

A compreensão da EPS favorece o uso intencional e direcionado dos equipamentos e recursos, da mesma maneira que fortalece a humanização na assistência à saúde. A Política Nacional de Humanização (PNH)⁷ compartilha com a PNEPS a grupalidade, a aproximação do ensino-serviço, o diálogo, a valorização dos envolvidos como protagonistas e autônomos na transformação das práticas cotidianas (DOLNY *et al.*, 2020; LOPES; LABEGALINI; BALDISSERA, 2017). Todavia, também se questiona o potencial contra-hegemônico da política, que ocorre em espaços de poder onde a lógica taylorista de gestão⁸ não foi superada, vide a condição limitada da modificação do processo de trabalho pelos trabalhadores e as dificuldades de consolidação do controle social na EPS (GIGANTE; CAMPOS, 2016; LEITE; PINTO; FAGUNDES, 2020).

Ademais, a implementação da PNEPS no país está na maioria dos estados em condição intermediária, devido à grande heterogeneidade e desigualdade presente e à interrupção do repasse de recursos financeiros do nível federal, concentrando o investimento do orçamento estadual e municipal a partir de 2012. De forma específica, seis categorias emergiram como “áreas problema” da PNEPS no Brasil, das oficinas regionais realizadas em 2017 para avaliação da implementação, sendo elas: Infraestrutura; Financiamento da PNEPS; Conceito de EP; Modelo de formação/EPS adotada; Monitoramento e avaliação das ações de EPS; Articulação Interfederativa; Gestão PNEPS (GONÇALVES *et al.*, 2019, p. 18).

⁶ Opta-se pelo uso em sinônimo para seguir a denominação escolhida pelos autores das produções científicas. Contudo, corrobora-se que a AB e APS são conceitos em disputa, sendo a AB relativa à Política Nacional de Atenção Básica, própria de um cuidado em território, integral e interprofissional. Distinguindo-se de cuidados unicamente primários (FEUERWERKER, 2021).

⁷ Política instituída em 2003 que visa o “[...] aprimoramento da qualidade da atenção e da gestão” (LOPES; LABEGALINI; BALDISSERA, 2017, p. 2).

⁸ Diz respeito a Teoria Administrativa de Taylor, com ênfase nas tarefas, no trabalho segmentado e pertencente a uma hierarquização do trabalho (RIBEIRO, Diego *et al.*, 2019).

Destacam-se como objetivos: a necessidade de reforçar os espaços condutores da EPS; a constância no financiamento da PNEPS, principalmente ao nível federal; fomentar discussões sobre o conceito de EPS, visando o alinhamento conceitual; fortalecer a relação ensino-serviço nos preceitos da PNEPS; estabelecer meios para monitorar e avaliar as ações e os planos estaduais e regionais de EPS; fomentar maior articulação entre os sujeitos e instâncias condutoras da EPS; considerando a gestão da EPS, o apoio a elaboração dos planos regionais, estimular as Referências Técnicas (RTs) regionais em EPS, incorporação de instrumentos de gestão e sistema de informação/gerenciamentos de ações em EPS (GONÇALVES *et al.*, 2019).

Dessa forma, a consolidação da PNEPS não pode ser condicionada somente à execução pelos trabalhadores. Sem condições de trabalho — sobrecarga de trabalho, quadro de pessoal insuficiente, ausência de planos de cargos e salários —, infraestrutura limitada, subfinanciamento e distanciamento do apoio e reconhecimento da gestão, o processo se distancia da legitimidade e do reconhecimento dos profissionais e da sociedade (FERREIRA *et al.*, 2019). Para Viana, Martins e Frazão (2018), a EPS é uma relevante ferramenta para gestão do trabalho em saúde. Compreendendo que a gestão do trabalho em saúde pressupõe o trabalhador como sujeito (não um recurso executor de tarefas) e transformador do ambiente, garante sua valorização para que, por meio do seu trabalho, os processos do cotidiano (relações) fortaleçam o SUS (BRASIL, 2012a).

Logo, EPS e gestão em saúde são parte de uma totalidade na qual devem romper com a noção de recursos humanos da saúde⁹ e de movimento pendular, em que ocorre a descentralização político-administrativa e a dominação centralizada do governo federal por meio do poder econômico, com distanciamento das esferas estaduais e sobrecarga financeira aos municípios, principalmente os municípios de pequeno porte. Esse distanciamento é provocado pelas disputas político-partidárias, subfinanciamento, gestão mediada por negociação/barganha, ausência de protagonismo público, incontrolada parceria público-privada e fragilidade estrutural e técnica (CARVALHO; JESUS; SENRA, 2017; MELLO *et al.*, 2017).

⁹ O conceito está em conflito, e se aproxima da compreensão de profissionais como parte do aporte de recursos próprios da organização, distanciando-os do protagonismo de gestores do trabalho em saúde (VIANA; MARTINS; FRAZÃO, 2018).

Nessa perspectiva das dificuldades que incidem na gestão em saúde no SUS e seus desdobramentos na implementação da PNEPS, a Gestão do Conhecimento (GC) insere-se como uma possibilidade. Deve-se ter em vista sua função como um processo/atuação sistematizada e/ou estratégia, que se utiliza de modelos conceituais, metodologias, ferramentas e técnicas, para criar, identificar/classificar/capturar, compartilhar/transmitir/distribuir, organizar, armazenar, institucionalizar e (re)utilizar o conhecimento organizacional. Pode ser, ainda, considerada um subsistema, sistema ou supra-sistema conforme os objetivos e modos de observação (HELOU, 2015; MEDINA; YANG; PONJUÁN, 2016; RODRIGUEZ; MUNIZ JR; MUNYON, 2018). Considera os aspectos internos e externos da organização, e igualmente os aspectos humanos, como as habilidades, os pensamentos, a intuição e a motivação (DANTE, 2015).

Assim, “[...] o que é gerenciado não é conhecimento, mas as condições para que ele seja compartilhado pelas pessoas que o possuem” (LEBRATO, 2015, p. 97, tradução nossa), beneficiando a qualificação profissional e o aprimoramento da inovação na organização (GONZÁLEZ, 2017; GONZÁLEZ; DANTE, 2016). Magri *et al.* (2020), ao alinhar conceitualmente a GC com a interprofissionalidade, indicam o favorecimento da GC na interação entre ensino-serviço, nas práticas colaborativas e no fluxo do conhecimento — “[...] criação, organização, registros e disseminação do conhecimento [...]” (MAGRI *et al.*, 2020, p. 4).

Em estudo desenvolvido em municípios no sul da Bahia, ao analisar o uso dos sistemas de informação para tomada de decisão, os resultados indicam a possibilidade para superar os desafios ao associar com as ferramentas já existentes: a valorização da participação popular e dos diversos atores/instâncias como agentes de produção e compartilhamento do conhecimento; a necessidade de valorização de uma cultura interorganizacional de produção e compartilhamento do conhecimento; e o apoio ao processo decisório (PINHEIRO *et al.*, 2016).

Contudo, resultados provenientes de uma revisão sistemática sobre a GC em organizações de saúde e uma posterior revisão da literatura, a respeito da GC no campo da saúde pública,¹⁰ indicou o desenvolvimento de pesquisas na área após 2009, sustentando-se até 2012. A partir disso, os estudos estão ocorrendo de maneira

¹⁰ Em contraposição à saúde privada, em se tratando de SUS, a saúde suplementar.

modesta, provocando questionamentos a serem investigados (CICONE *et al.*, 2015; VASCONCELOS, 2020).

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS),¹¹ em decorrência do “Seminário sobre Tecnologia, Gestão da Informação e Conhecimento em Saúde Pública: compartilhando experiências”, realizado há mais de 10 anos no Brasil, recomenda a necessidade de “identificar, conhecer e apoiar iniciativas de gestão da informação e do conhecimento” nas universidades e nas instâncias governamentais do SUS. Reitera, também, a contribuição da gestão de informações e do conhecimento nas decisões em saúde, na construção do conhecimento coletivo, no protagonismo de todos como agentes de informação e na promoção de interação entre os profissionais de saúde (OPAS, 2009, p. 130).

Todavia, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) propôs em 2012 o Modelo de Gestão do Conhecimento para a Administração Pública Brasileira (MGCAPB), após uma sequência de estudos sobre GC e administração pública (BATISTA, 2012). Em sequência, o IPEA assessorou organizações públicas brasileiras interessadas em implementar o MGCAPB. Por intermédio da Secretaria de Planejamento e Gestão de Minas Gerais (SEPLAG/MG), elaborou-se a Política de Gestão do Conhecimento de Minas Gerais, com a proposição de um Plano Estadual de Gestão do Conhecimento conduzido pelo Comitê Estadual, que inclui: a participação da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) e comitês setoriais, como o da Política Militar, que, em conjunto com a Polícia Civil, experienciaram a implementação setorial (BATISTA *et al.*, 2015). Apesar disso, além da publicação da experiência de Minas Gerais (MG) por meio do IPEA, não foram encontradas outras produções que expusessem a relação da SES/MG e os desdobramentos dessa política no setor.

Portanto, reconhecendo o distanciamento da gestão em saúde e a necessidade de fortalecer sua instrumentalização para com a EPS, bem como valorizando a recomendação da OPAS em prol da GC no Brasil e a política estadual existente, instiga-se o potencial que a GC possa ter em favorecer a implementação da PNEPS. Essa implementação fomenta no processo de trabalho dos gestores: a interação, o compartilhamento e uso do conhecimento disponível nas instâncias, de modo a

¹¹ Agencia internacional com mais 110 anos de atuação, que promove a mediação entre os Estados e organizações em prol da saúde dos povos das Américas, e sedia o Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde (OMS) (OPAS, [20--]).

favorecer e qualificar o trabalho realizado. Por tratar-se de uma instância descentralizada de gestão, o trabalho prevê, em sua regulamentação, apoio, monitoramento e fortalecimento das políticas públicas em sua área de abrangência (MINAS GERAIS, 2020b).

Nessa perspectiva, questiona-se: na Superintendência Regional de Saúde, a Educação Permanente em Saúde e a Gestão do Conhecimento possuem (in)compatibilidades? Vale esclarecer que o uso do prefixo “in” demarcado no título, entre parênteses, enfatiza a ideia interposta e acessória, dando destaque voz do autor. A ideia interposta é que podem existir compatibilidades e incompatibilidades paralelas entre a EPS e a GC na Superintendência Regional de Saúde (SRS) estudada (MUNIZ, 2016; SILVA; POHLMANN, 2021).

A seguir, apresentam-se os objetivos pretendidos, seguidos pela submersão teórica na PNEPS, nas interfaces com a regionalização e, de imediato, na Gestão do Conhecimento na Administração Pública de Saúde Brasileira. O percurso metodológico indica os procedimentos realizados antes, na coleta e na análise dos dados. Os resultados alcançados, as considerações finais em relação aos dados e as contribuições para futuras pesquisas encerram o estudo.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as (in)compatibilidades entre a Educação Permanente em Saúde e a Gestão do Conhecimento em uma Superintendência Regional de Saúde de Minas Gerais.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever as estratégias de organização da Educação Permanente em Saúde na Superintendência Regional de Saúde.
- Identificar ações formais e informais que influenciam na adoção da Educação Permanente em Saúde e que se relacionam com Gestão do Conhecimento no âmbito da Superintendência Regional de Saúde.
- Compreender (in)compatibilidades da Gestão do Conhecimento a partir da organização da Educação Permanente em Saúde na Superintendência Regional de Saúde.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

O seguinte tópico representa o caminhar teórico, histórico e conceitual percorrido pela pesquisadora, delimitando sentidos, relações e aprofundamentos alcançados sobre a EPS e a GC.

3.1 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: DA POLÍTICA À REGIONALIZAÇÃO

Antes de iniciar a introspecção à PNEPS, é preciso retornar 50 anos, nas décadas de 1970 e 1980, quando se têm as primeiras discussões sobre educação na saúde. Tais discussões culminaram na compreensão atual, fortemente conduzida pela OPAS na América Latina, conjuntamente com as problematizações que acompanham o conceito (CAVALCANTI; GUIZARDI, 2018; RODRIGUES, 2016; SILVA *et al.*, 2019). No final dos anos 1960 e início dos anos 1970, período em que o SUS estava sendo gestado, prevalecia à concepção tecnicista de educação na saúde, pela qual seus trabalhadores de nível médio/técnico e fundamental, em maioria advindos das classes marginalizadas, deveriam ser capacitados/adequados para o trabalho em meio às novas demandas por qualificação dos serviços de saúde (RODRIGUES, 2016; SILVA *et al.*, 2019). A OPAS foi a organização central no processo de ordenação da instrumentalização dos trabalhadores de saúde¹² na América Latina, inclusive no Brasil, a exemplo da criação do Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS) em 1976, com o intuito de direcionar à formação para o trabalho (SILVA *et al.*, 2019).

Em todo caso, nesse período, prevalecia a concepção verticalizada de aprendizagem, a transmissão de um conhecimento a mais ou novo aos trabalhadores, sempre determinado pelo nível central, que estabelecia não somente a temática, como também o momento em que ocorreria e quem participaria. Vontade e determinação dos trabalhadores em participar das atualizações era o previsto, mesmo sendo escassa suas possibilidades de contribuição na condução desse processo (CAVALCANTI; GUIZARDI, 2018).

¹² Uso em sinônimo a “adestramento, educação profissional, profissionalização, capacitação” em consideração a educação verticalizada (professor passa o conhecimento ao aluno) com a centralidade na adequação dos profissionais ao trabalho (SILVA *et al.*, 2019).

Todavia, os avanços da época foram influenciados por eventos fundamentais, como a Primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (1978). Na formalização da declaração Alma-Ata, já indicava a relevância da APS com expansão do sistema de saúde regionalizado e maior inclusão da sociedade. movimentos da época favoreceram a inserção de trabalhadores de diferentes níveis de formação nas capacitações, inclusive dividindo alguns espaços de treinamento, ampliando o olhar para além da conduta dos profissionais médicos e para um primórdio da interprofissionalidade (CAVALCANTI; GUIZARDI, 2018).

Já era possível encontrar o termo Educação Permanente (EP) (equivalente à EPS nesse estudo) nas publicações da OPAS, ainda que conceitualmente não se tinha a distinção com EC, capacitação, instrumentalização e até mesmo “adestramento” (CAVALCANTI; GUIZARDI, 2018; SILVA *et al.*, 2019, p. 14). Também nas Conferências Nacionais de Saúde – I (1941) à VI (1977),¹³ já se encontra a menção à educação na saúde. Seguindo a reflexão do período, o conceito estava articulado com as capacitações em serviço para o pessoal de nível técnico e ao nível superior para os médicos (GIGANTE; CAMPOS, 2016).

O conceito de EP têm suas raízes na Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), com destaque à 15ª Conferência Geral da UNESCO¹⁴ em 1968. O conceito é discutido e aparece a partir da perspectiva de que a educação não se restringe à etapa de escolarização formal e, portanto, faz parte também da vida profissional (RODRIGUES, 2016). Rodrigues ainda aponta a aproximação iluminista do conceito e a importância da educação para o ser, por meio da sua autonomia, aspirações e desenvolvimento integral.

Já na década de 1980, parte das concepções de educação na saúde da década anterior começaram a ser revistas. Para além da democratização do Brasil e da expansão do capitalismo, a concepção de EP prevista pela UNESCO mais se aproximou da investida para superação do chamado “apagão educacional”, descrito como a demanda do mercado pela educação profissionalizante dos trabalhadores, para atender suas próprias necessidades (NIDECK; QUEIROZ, 2015, p. 161).

¹³ Instância nacional de ampla participação social que discute, constrói, planeja e avalia políticas públicas de saúde (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, [20--]).

¹⁴ Atua em cooperação com governos e desenvolve projetos na área de educação, cultura e ciência desde 1945, realizando a cada dois anos Conferências com os países membros e parceiros para definição dos programas de atuação (UNESCO, [20--]).

Todavia, a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), fundamental para a reformulação do sistema de saúde e definição da saúde enquanto direito dos brasileiros, indica que a educação na saúde, além de permanente, deve ser coerente com o contexto regional dos serviços (GIGANTE; CAMPOS, 2016). Aumenta-se ainda a percepção da relevância dos trabalhadores da saúde na reorganização do seu processo de trabalho, no que tange à política pública. No Brasil, houve a criação do Projeto Larga Escala (PLE)¹⁵ (RODRIGUES, 2016).

O PLE foi inserido no PPREPS e se sobressai como precursor da PNEPS, pela proposta de superação do caráter anterior de “adestramento” na formação dos trabalhadores de nível técnico, para se aproximar de uma educação para a cidadania. Dessa forma, a necessidade de integração ensino-serviço conduzida por trabalhadores reflexivos resultaria na qualificação dos serviços prestados à população (RODRIGUES, 2016; SILVA *et al.*, 2019, p. 14).

Os revisados paradigmas da educação na saúde percorriam a “educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho”,¹⁶ manifestando que o fazer saúde é por si só educativo e continuamente passível de reflexão e transformação. Não é coerente somente à limitação de ações sequenciais (ou não) com início e fim estipulado e idealizado de fora, como as capacitações que ocorriam (CAVALCANTI; GUIZARDI, 2018, p. 108).

O desenvolvimento integral dos trabalhadores e a qualificação da assistência perpassam a problematização também das relações de poder, seja no nível macro (definição de políticas públicas) seja entre as categorias profissionais que formam as equipes de saúde. Integram, assim, a “democratização do saber e do poder”, visto que protagonizam a gestão do trabalho coletivo cotidiano, de modo a ser também constituinte dos processos educativos (CAVALCANTI; GUIZARDI, 2018, p. 111).

No início de 1990, com a promulgação do SUS, a saúde universal, integral e equânime demandou dos profissionais de saúde habilidades para além da lógica curativista e hospitalocêntrica. Considerando também a descentralização e regionalização, as Conferências Nacionais de Saúde IX (1992), X (1996) e XI (2000) endossam a urgência de investimentos na educação na saúde, com destaque para a

¹⁵ Destaca-se a atuação da Enfermeira Izabel dos Santos, enquanto idealizadora do Programa de Formação em Larga Escala de Pessoal de Nível Médio e Elementar para os Serviços Básicos de Saúde ou PLE e colaboradora pedagógica para a saúde (SILVA *et al.*, 2019).

¹⁶ Conceito adaptado das ideias de Mario Rovere (CAVALCANTI; GUIZARDI, 2018).

inserção permanente nos âmbitos estaduais e municipais, e a revisão das diretrizes curriculares dos cursos da saúde (GIGANTE; CAMPOS, 2016). O marco básico no SUS define sua responsabilidade em ordenar a formação e o desenvolvimento de recursos humanos na saúde — com destaque à utilização da palavra “capacitação”. Além disso, garante que os serviços de saúde se constituem espaços de ensino-aprendizagem e produção de conhecimento por meio das pesquisas (GIGANTE; CAMPOS, 2016; SILVA *et al.*, 2019, p. 9).

Polos de capacitação para o recém-criado Programa de Saúde da Família, denominados Polos de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família, exemplificam uma experiência ainda nos anos 1990 de educação na saúde descentralizada. Essa experiência é pautada metodologicamente na problematização, com participação das Instituições de Ensino Superior (IES) e da gestão das diversas instâncias governamentais (SILVA *et al.*, 2019).

Com a virada do século, a educação na saúde novamente se expandiu por programas governamentais, como o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE), contribuindo para 179,8% de aumento da inserção da Enfermagem no mercado de trabalho brasileiro. Esse cenário já vinha ocorrendo desde a década de 1980, com a oferta de cursos de formação e complementação para técnicos e auxiliares de Enfermagem, mesmo na lógica da profissionalização dos trabalhadores, visando atender às necessidades do trabalho (NIDECK; QUEIROZ, 2015; SILVA *et al.*, 2019).

Tal movimento culminou na criação no MS da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na saúde (SGTES), em 2003, constituída pelos departamentos de Gestão da Educação na saúde (DEGES) e de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS). Eleva-se o estado da EP, que antes situava-se no Departamento de Atenção Básica, para a recém-criada secretaria do MS (SILVA *et al.*, 2019). Observa-se que, a partir de 2002, as publicações governamentais referentes à educação na saúde começam a adotar predominantemente EPS, dado que no ano seguinte situa-se uma política pública de saúde (RODRIGUES, 2016).

Portanto, em 2003, é aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS)¹⁷ a “Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a EPS”, por

¹⁷ Instância colegiada, deliberativa e permanente do SUS, que desde 1937 monitora as políticas públicas de saúde (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2018).

intermédio do DEGES (RODRIGUES, 2016). Em 2004, institui-se a PNEPS pela portaria GM/MS N.º 198, como estratégia para formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde (BRASIL, 2004). Definiu-se que as necessidades de formação seriam identificadas a partir do Colegiado de Gestão dos Polos de Educação Permanente em Saúde para o SUS, instâncias locais e interinstitucionais aprovadas pela Comissão de Intergestores Bipartite (CIB)¹⁸ e pela Secretaria Estadual de Saúde (SES) de cada estado. Previu-se, também, a definição de medidas para a qualificação da assistência, qualificação da gestão em saúde e o fortalecimento social no setor (BRASIL, 2004).

Na composição dos polos, presume-se a participação dos trabalhadores de saúde, movimentos sociais, estudantes da área da saúde, IES, escolas técnicas, serviços de saúde, gestores estaduais e municipais de saúde, entre outros. Ainda assim, o Conselho Gestor se limita à participação governamental (municipal e estadual) das IES e estudantes da área de saúde (BRASIL, 2004).

Em meio às disputas, foram criados quase cem polos de EP no Brasil, proporcionando experiências exitosas e enfrentando a disparidade na localização da criação dos polos. A integração da gestão em saúde, serviços de saúde e IES também enfrentou barreiras, havendo a chamada “lógica de balcão” (FRANÇA *et al.*, 2017b, p. 1824; GIGANTE; CAMPOS, 2016). A “lógica de balcão” foi o período em que, visando o incentivo financeiro, o planejamento dos projetos ocorria pelos interesses das IES, em uma racionalidade verticalizada ao município; portanto, também às necessidades dos trabalhadores de saúde (FRANÇA *et al.*, 2017b, p.1824; GIGANTE; CAMPOS, 2016; SILVA *et al.*, 2019).

Apesar disso, nesse período, ocorreu a criação de importantes programas, como o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde).¹⁹ Uma de suas estratégias foi o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde),²⁰ como forma de mediar as novas diretrizes para

¹⁸ Foro de articulação de deliberação do SUS, composta por gestores municipais de saúde indicados pelo Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) e dirigentes da SES indicados pelo Secretário de Estado de Saúde (MINAS GERAIS, [20--]).

¹⁹ Programa criado em 2005, inicialmente para os cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia, com objetivo de promover a integração ensino-serviço com reorientação da formação dos profissionais de saúde mediante a inserção na AB (DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013).

²⁰ Programa é resultado da ampliação do Pró-Saúde em 2007, valorizando a integração do ensino, pesquisa e extensão na relação ensino-serviço-comunidade para os cursos na saúde (DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013).

formação de profissionais de saúde (FRANÇA *et al.*, 2017b; GIGANTE; CAMPOS, 2016; SILVA *et al.*, 2019).

Não obstante, em agosto de 2007, a portaria GM/MS N.º 1.996 dispôs sobre a implementação da PNEPS, considerando as diretrizes operacionais, o financiamento e a formação de trabalhadores ao nível técnico, em conformidade com o Pacto pela Saúde²¹ (RODRIGUES, 2016).

A portaria instituiu ainda o papel dos Colegiados de Gestão Regional (CGR), compostos por gestores de saúde municipais e representação estadual, como condutores da PNEPS, organizados por Regiões de Saúde. Esse território deve estar limitado geograficamente por municípios, de modo a atender integralmente às necessidades de saúde daquela população (BRASIL, 2007; SANTOS, 2017).

Dentre as incumbências dos CGR, está a construção coletiva do Plano Regional de Educação Permanente em Saúde (PREPS). Aprovado pela CIB, norteia o planejamento das ações de educação na saúde, caracteriza a Região de Saúde, identifica as necessidades de formação e desenvolvimento dos profissionais e serviços de saúde. Além da aprovação do PREPS, a CIB também é responsável pela pactuação do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde (PEEPS), orientador das ações de EPS ao nível estadual (BRASIL, 2007; MINAS GERAIS, 2018b).

Como parte do quadrilátero da EPS, a gestão predispõe o que Ceccim e Feuerwerker (2004) denominam de gestão em roda, ocorrendo por meio da articulação interinstitucional e locorregional e operada de modo democrático, político, horizontalizado e participativo. É um espaço de criação vivo, mutável, crítico-reflexivo de produção e protagonismo coletivo. O comprometimento inerente da gestão municipal com as IES e os serviços qualificam a assistência prestada e humanizam a formação dos novos profissionais ao materializar o sistema de saúde, orientados pelo

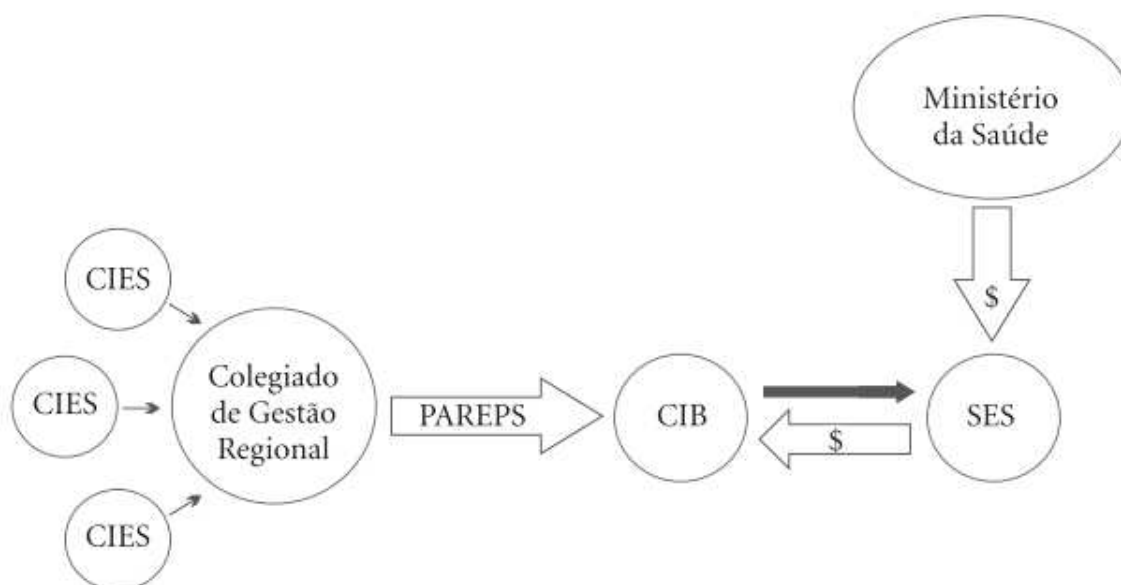
²¹ Vigorou entre 2006 e 2012, foi um programa de fortalecimento da descentralização do SUS e de valorização da AB, articulado entre o MS, o Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) — que representam a Comissão de Intergestores Tripartite (CIT) —, executado a partir da assinatura do termo de compromisso de gestão (TCG). O TCG estabeleceu os objetivos, metas e responsabilidade dos estados e municípios em três componentes: Pacto pela Vida, com o foco na situação de saúde do país; o Pacto em defesa do SUS, o movimento de fortalecer o SUS enquanto política de Estado; e o Pacto pela Gestão do SUS, voltado a contribuir para a chamada gestão compartilhada e solidária do SUS (KROTH; GUIMARÃES, 2019; MENICUCCI; COSTA; MACHADO, 2018).

controle social e pelo apoio descentralizado da união e dos estados (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

A institucionalização do quadrilátero ocorreu na portaria GM/MS N.º 1996 de 2007, com a criação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES),²² na qualidade de instâncias intersetoriais e interinstitucionais que apoiam os CGR na condução regional da PNEPS. A atuação das CIES ocorre conforme o Plano de Ação Regional para a Educação Permanente em Saúde (PAREPS). Elaborado em conjunto com a CGR em coerência com o PREPS e o PEEPS, define as ações de educação na saúde a serem realizadas em determinada Região de Saúde, conforme o PREPS. De elaboração coletiva entre as CIES e o CGR (BRASIL, 2007).

Para ilustrar a organização da PNEPS a partir dessa portaria, Cardoso *et al.* (2017) elaboraram o seguinte na Figura 1:

Figura 1 – Organização da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde instituída pela Portaria 1996/2007



Fonte: CARDOSO *et al.*, 2017.

Apesar das conquistas já alcançadas, a PNEPS é influenciada pelos aspectos políticos, econômicos e sociais, estando constantemente em transformação conforme o viés político e ideológico vigente, exemplificando uma política de estado utilizada

²² Todos os municípios e CGR devem ter uma CIES de referência, conforme o plano de regionalização em voga (BRASIL, 2007).

também como política de governo (SILVA *et al.*, 2019). Lemos (2016, p. 920) discorre sobre o “gerenciamento permanente”, em que somente a educação capaz de conservar o status do capital é aceita, acrescida da responsabilidade imediata dos trabalhadores com sua formação como meio para a qualificação das práticas de saúde.

Nideck e Queiroz (2015) reafirmam o interesse neoliberal do aumento da escolaridade dos profissionais dissociados da reflexão crítica e apontam o necessário obstáculo a ser superado pela PNEPS: a ressignificação dos sentidos das práticas profissionais em prol das necessidades de saúde da população, rompendo com a alienação política e econômica dos trabalhadores e superando o dilema de métodos tradicionais de educação (complementando-os e refletindo-os) para a ampliação de seus sentidos.

A Enfermagem é destaque ao efetuar e apoiar a EPS na AB, referenciada por sua capacidade de sistematizar as ações. No entanto, não existe um perfil pré-existente para o desenvolvimento das ações de EPS, posto que a construção ocorre no cotidiano. Somente na construção de uma EIP a assistência na integralidade será contemplada, incluindo os profissionais de nível médio e, em relação à EPS, também a comunidade, dentro e/ou fora das instituições de saúde (BORGES *et al.*, 2019; DOLNY *et al.*, 2020; VENDRUSCOLO *et al.*, 2020). É necessário reforçar e repensar constantemente a formação interprofissional e interdisciplinar (também entre nível médio e superior), consolidadas por meio das experiências de integração ensino-serviço críticas e reflexivas, como práticas humanizadas agregadas de conhecimentos pedagógicos (FERREIRA *et al.*, 2019).

Ainda que incipientes, mas previstos nas portarias que regulamentam a política de EPS, a avaliação e o monitoramento precisam romper com a concepção normativa para considerar as particularidades regionais e a flexibilidade do cotidiano. Devem acompanhar as transformações do processo de trabalho, a exemplo das reuniões de equipe/matriciamento, rodas de EPS, organização de Projetos Terapêuticos Singulares,²³ projetos e exposições dialogadas/problematização do cotidiano (DOLNY *et al.*, 2020). A EPS é um meio para agir nas dificuldades do contexto político e institucional e é imprescindível que os profissionais de saúde lutem diariamente para

²³ Dispositivo para o cuidado e de organização dos serviços, centrado do usuário, na prática interdisciplinar e intersetorial (ROCHA; LUCENA, 2018).

manter e efetivar os espaços participativos de diálogo e reflexão nos locais de trabalho (DOLNY *et al.*, 2020).

Em articulação com a AB, o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF)²⁴ também enfrenta dificuldades em articular as metodologias ativas e críticas inerentes da EPS no matriciamento das equipes de saúde. Tais dificuldades podem ser pensadas como reflexo da formação com resquício do modelo biomédico, estrutura física limitada, desconhecimento dos profissionais de saúde e dos gestores sobre as funções do núcleo, ainda que o matriciamento seja uma oportunidade de troca de saberes (VENDRUSCOLO *et al.*, 2020).

Em paralelo no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ),²⁵ a EPS está incluída em seu eixo transversal, posta como uma estratégia de gestão para qualificação e meio para a integração ensino-serviço, em que todos os envolvidos na AB são corresponsáveis pela atenção a qualificação das necessidades do serviço. Como mencionado, a avaliação e o monitoramento ainda são pautados quantitativamente. Deve-se superar a compreensão de avaliação para penalidade e, com base no contexto, apreender as transformações no trabalho e nos trabalhadores da AB (BEZERRA; MEDEIROS, 2018; MESQUITA *et al.*, 2020).

Ademais, umas das instituições na esfera pública que protagonizam a formação e o apoio à PNEPS são as Escolas de Saúde Públicas, que interiorizaram o que Cardoso *et al.* (2017, p. 1499) chama “cultura da EPS”. Mesmo não sendo reconhecidas pelo MS como espaço de discussão da política, são exemplos de apreensão da metodologia crítica e dialógica proposta na política (CARDOSO *et al.*, 2017), além de funcionar como sede das CIES em alguns estados.

Inclusive, a própria CIES está enfraquecida, suscitada pelo desconhecimento de suas funções e esvaziada de representação profissional e popular. Soma-se a isso a baixa autonomia financeira, impasses nas relações intersetoriais com os CGR, os municípios, CIB e IE e também entre as CIES regionais e a estadual, além da incipiência nos processos de planejamento, monitorização e avaliação das ações. É fundamental a melhora dos recursos estruturais, técnicos e financeiros, e de seu reconhecimento pelos gestores, para que a CIES perpetue sua importante função no

²⁴ Equipes multiprofissionais que atuam no apoio e fortalecimento da AB, compartilhando o cuidado por meio do matriciamento e dos Projetos Terapêuticos Singulares (VENDRUSCOLO *et al.*, 2020).

²⁵ Programa criado em 2011, que contribui para a qualificação, avaliação e organização da AB (MESQUITA *et al.*, 2020).

desenvolvimento da PNEPS em âmbito regional, como instância intersetorial e representativa do quadrilátero da EPS (FRANÇA *et al.*, 2017a; SILVA *et al.*, 2018).

Observa-se que, desde a portaria GM/MS N.º 1.996 de 2007, a implementação da PNEPS não se consolidou. Esse reconhecimento provocou, em 2017, a realização de seis oficinas regionais — nordeste, norte, centro-oeste, sudeste e sul — com a participação de condutores EP municipais e estaduais, articuladas com o MS (e seus segmentos) e arenas relacionadas a PNEPS. A razão era avaliar o processo de implementação da política e propor meios para atualizá-la e superar seus principais problemas (GONÇALVES *et al.*, 2019).

Deve-se frisar que a implementação de políticas é parte essencial pela concretude sobre as dificuldades identificadas, mas não deve ser compreendida como uma transposição exata, visto que as dificuldades são mutantes e estão vinculadas ao cotidiano. Portanto, a implementação combina-se às transformações dos desafios e das demandas (GONÇALVES *et al.*, 2019; MACÊDO; ALBUQUERQUE; MEDEIROS, 2014).

Dentre as propostas de enfrentamento sugeridas, ocorreu a realização de publicações em prol do compartilhamento, valorização e orientação de novas ações de EPS. Foi publicada a Portaria n.º 3.194 (BRASIL, 2017), que dispõe sobre o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde (PRO EPS-SUS). O PRO EPS-SUS prevê incentivo financeiro de custeio para sua execução e gestão, com o propósito de estimular, acompanhar e fortalecer a EPS conforme as bases teóricas e metodológicas da PNEPS (GONÇALVES *et al.*, 2019).

Aproximando do contexto de desenvolvimento desta pesquisa, é primordial retomar pontos já expostos, como os princípios da descentralização e regionalização do SUS. Não é possível refletir sobre a PNEPS sem considerar o SUS como uma organização complexa, “[...] em equilíbrio dinâmico entre a ordem e o caos [...]” (MELLO; DEMARZO; VIANA, 2019, p.1145).

A regionalização supera a condição de diretriz administrativa da descentralização, por sua significância no alcance do SUS equânime, integral, por meio da cooperação/articulação interfederativa e intersetorial, bem como da compreensão complexa dos territórios (MELLO; DEMARZO; VIANA, 2019). Atenta-se à necessidade de fortalecimento dos gestores municipais de saúde, dos CGR, das CIB e dos espaços de controle social, promovendo a articulação de regiões de saúde

e regiões administrativas do Estado, tendo em conta as necessidades de saúde da população, sua distribuição e deslocamento, seus aspectos histórico-culturais. Isso, mediante a qualificação dos trabalhadores de saúde, a superação da fragmentação dos sistemas de informações nacionais e a instituição de processos de gestão, planejamento, monitoramento e avaliação (CARVALHO; JESUS; SENRA, 2017).

Assim, tendo em vista a centralidade da regionalização e descentralização no SUS e, logo, sua relevância na implementação da política, conduz apresentar e descrever as particularidades de MG, onde o cenário da pesquisa está incluso.

Em circunstância de ser o segundo estado mais populoso do Brasil e o quinto em extensão territorial, apresenta grande distinção de desenvolvimento e desigualdades socioeconômicas conforme as regiões. Organiza-se a partir da divisão assistencial da saúde em 14 Macrorregiões, com 18 Polos Macros, 3 Polos Macros Complementares²⁶ e 2 Polos Macros Complementares de Apoio²⁷, além de 89 Microrregiões, com 107 Polos Micros (BRASIL, 2018b; MINAS GERAIS, 2019b). A Figura 2 demonstra a divisão das macrorregiões de MG conforme o atual Plano Diretor de Regionalização 2019-2020:

Figura 2 – Divisão das Macrorregiões de Minas Gerais



Fonte: MINAS GERAIS, 2019a.

²⁶ Município com potencial para polo macro, conforme o aporte populacional do conjunto de micros adjacentes alcançar 700.000 habitantes, coerente com a capacidade de assistência terciária (MINAS GERAIS, 2020a).

²⁷ Micro com população acima de 700.00 habitantes, oferta de especialidades terciárias, inserida em macros de grande extensão e população, mas ausência de grande fluxo de micros próximas (MINAS GERAIS, 2020a).

Em semelhança à realidade nacional, MG demonstra avanços no planejamento de políticas públicas, com ampliação dos processos decisórios das gestões municipais. No entanto, ainda em conservação do movimento pendular de aumento da autonomia com a determinação financeira pelo governo federal, persiste a necessidade de aperfeiçoar as relações interfederativas (BRASIL, 2018b; MINAS GERAIS, 2019b; MOREIRA; FERRÉ; ANDRADE, 2017).

A condução em MG ocorre, em se tratando de EPS, mediante as seguintes arenas: 28 Unidades Regionais de Saúde (URS) compostas pelas Superintendências Regionais de Saúde (SRS) e Gerências Regionais de Saúde (GRS); 77 Comissões Temáticas vinculadas às Comissões de Intergestores Regionais (CIR),²⁸ Comissão Permanente de Integração Ensino e Serviço Estadual (CIES - Estadual); Câmara Técnica de Educação Permanente do Conselho Estadual de Saúde; e Diretoria de Desenvolvimento de Pessoas, localizada na Superintendência de Gestão de Pessoas na SES/MG²⁹ (MINAS GERAIS, 2013, 2018a).

Em 2018, o PEEPS de MG foi aprovado e sua elaboração ocorreu a partir da adesão do estado ao PRO EPS-SUS. Em seu texto, destacam-se: o desenvolvimento histórico da EPS no estado, a definição dos espaços de governança da EPS, além de reconhecer a relevância das RTs em EPS³⁰ e da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2018b).

Os desafios estaduais assemelham-se às mencionadas “áreas problema” que permeiam a implementação da PNEPS, organizados em MG em 5 grupos: gestão do trabalho; formação dos profissionais; trabalho em equipe; conhecimento e reconhecimento da EPS; e descontinuidade das ações de EPS. O texto ainda dispõe das diretrizes, estratégias, operacionalização e avaliação da política (MINAS GERAIS, 2018b). Entretanto, MG ainda não possui PREPS e PAREPS vinculados ao PEEPS, cuja finalidade é estabelecer o planejamento das ações EPS, norteado pelo reconhecimento da regionalização estadual e de suas necessidades (BRASIL, 2018b).

²⁸ Equivalem-se às CGR e dentre as suas atribuições estão as de assessorar a CIR, elaborar a proposta e acompanhar a execução do PAREPS (MINAS GERAIS, 2013).

²⁹ Equipe que acompanha a implementação da política estadual e localiza-se na Diretoria de Desenvolvimento de Pessoas a partir da Superintendência de Gestão de Pessoas na estrutura orgânica da SES/MG (MINAS GERAIS, 2018a).

³⁰ Atuam nas URS fortalecendo o quadrilátero da EPS (MINAS GERAIS, 2018a).

Estudos realizados em MG salientam os avanços da inserção da EPS nos municípios, com a manifestação das necessidades a serem discutidas a partir da problematização do contexto do trabalho. Contudo, enquanto metodologia e conceito, o modelo tradicional se mantém (SENA *et al.*, 2017; SILVA; MATOS; FRANÇA, 2017).

As autoras também constatarem o distanciamento do quadrilátero, principalmente dos usuários nos processos de EPS. Além disso, a realização das práticas de EPS nos municípios é custeada em maior parte pelos mesmos, seguida dos recursos do estado e da união, com prevalência de ações a atender mais diretamente a PNEPS. Ressalta-se o protagonismo dos gestores municipais na ordenação dos recursos e das ações de EPS (SENA *et al.*, 2017; SILVA; MATOS; FRANÇA, 2017).

Ao longo do texto, é possível constatar que a gestão em saúde está no âmago para a consolidação da PNEPS. Sua inserção no quadrilátero da EPS materializa-se em seu elo por melhores condições de trabalho dos trabalhadores de saúde e o planejamento, execução, monitoramento e avaliação das políticas públicas. Para tanto, tem-se em conta as demandas de saúde da população, as necessidades e particularidades regionais, as ações e serviços organizados no território e as relações intersetoriais.

A gestão da EPS deve ser participativa, colegiada e compartilhada entre o quadrilátero e as demais instâncias gestoras. Estudos com gestores municipais reconhecem a EPS como potencializadora de intervenções no contexto de trabalho, a partir da problematização dos profissionais de saúde, qualificando a assistência à sociedade e fortalecendo o SUS. Contudo, a operacionalização ainda é concebida enquanto EC, alheia também aos instrumentos de gestão e assistemática (MISHIMA *et al.*, 2015; VENDRUSCOLO *et al.*, 2016).

É impreterível a aproximação dos gestores na discussão e reflexão da EPS para sua compreensão em totalidade e a implementação da PNEPS; para identificar e analisar as necessidades locais; fortalecer a gestão pública da saúde e os espaços decisórios municipais/regionais compartilhados; e perpetuar as ações e estratégias locais em meio às frequentes rotatividades que os gestores estão sujeitos conforme os mandatos políticos (CRUZ; ALVES, 2019; FERREIRA *et al.*, 2018).

Esta breve retomada histórica da construção da PNEPS, suas dificuldades de implementação, a conexão com a regionalização e a gestão, serão relacionados à demanda atual pela discussão das Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs)

na saúde e, mais precisamente, à Gestão do Conhecimento na Administração Pública de Saúde Brasileira. Iniciam-se, assim, os questionamentos sobre o envolvimento das duas temáticas e se essa associação pode contribuir para a implementação da PNEPS que, como apresentada, têm o potencial de qualificação dos trabalhadores da saúde, da assistência prestada à população e de consolidação do SUS.

3.2 GESTÃO DO CONHECIMENTO NA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA DE SAÚDE BRASILEIRA

As TICs estão presentes no cotidiano da maioria da população, vinculadas à Internet, à produção e à mobilização de informações por meio dos telefones, computadores, troca de mensagens instantâneas, redes sociais, busca de informações *on-line* (inclusive sobre saúde e serviços de saúde), *blogs* e *e-mails*. Gradativamente, estão sendo introduzidas na saúde e devem ser discutidas com base na conjuntura socio-política-econômica dos brasileiros e suas exigências de saúde, nas condições de trabalho do pessoal da saúde, inclusive em suas habilidades tecnológicas, e na realidade financeira-estrutural do SUS com base em seus princípios e diretrizes (NÚCLEO DE INFORMAÇÃO E COORDENAÇÃO DO PONTO BR, 2021a, 2021b). Sudré *et al.* (2020) sinalizam para a importância da identificação e integração entre os métodos e as novas tecnologias que se inserem na rotina de trabalho, considerando a complexidade do desenvolvimento, sua inserção e uso correto.

Na saúde, as TICs tendem a favorecer a disseminação de informações entre profissionais e organizações. Contribuem no desenvolvimento profissional como nas tomadas de decisões, na assistência e satisfação dos usuários e na qualificação da gestão. A educação à distância, discussões *on-line*, compartilhamento de troca de experiência, os Observatórios de Saúde, o Programa de Telessaúde do MS, os diversos Sistemas de Informação em Saúde existentes no SUS, registros eletrônicos e as bibliotecas virtuais são alguns exemplos dessa inserção na área da saúde no Brasil (FRANÇA *et al.*, 2015; SILVA *et al.*, 2018; SUDRÉ *et al.*, 2020).

Em estudo realizado sobre os principais métodos adotados na implantação da Tecnologia da Informação (TI) na Administração Pública, indicou-se que o uso de sistemas de informação beneficia a gestão pública e seus serviços oferecidos, mantendo a administração conectada. Contribui no desenvolvimento de políticas públicas acessíveis, transparentes e propícias ao controle social, quando a adoção da

TI é sustentada por infraestrutura suficiente, associada ao apoio e treinamento dos profissionais. Além disso, os autores recomendam que o uso da TI seja associado às ferramentas como a GC, entre outras, de modo a reduzir suas possíveis falhas (SILVA; PROCÓPIO; MELLO, 2019).

Ramos, Yamaguchi e Costa (2020, p. 157) também indicam o vínculo entre as duas temáticas, afirmando que a TI é a “real habilitadora da GC”, por gerar resultados positivos, amplos e funcionais para as organizações lidarem com os conhecimentos existentes no contexto. Devido à complexidade do conhecimento e das organizações, as estratégias de TI e de GC devem ser definidas de maneira específica para o ambiente, não existindo um modelo ideal *a priori*.

Para compreender o que é a GC, acautela-se que o uso do conhecimento nas organizações sempre foi feito. Como disciplina, a GC por enquanto não possui uma definição específica, oferecendo diversas interpretações que interrelacionam-se ao longo do texto (RAMOS; YAMAGUCHI; COSTA, 2020).

As temáticas expostas partem de referenciais das Ciências da Administração e Informação e voltam-se para a utilização em organizações, sejam elas privadas ou públicas (HELOU, 2015). Considera-se por organizações: coletivos de pessoas integradas que mobilizam conhecimentos em prol de objetivos comuns (GONZÁLEZ; DANTE, 2016). Os conhecimentos que transpassam as organizações são, antes de tudo e sempre, atividade humana (GONZALEZ; MARTINS, 2017).

Embora não seja fácil definir o que é conhecimento, este é objeto de estudos por filósofos desde a antiguidade, além de sofrer ao longo da história sanções e restrições, como, por exemplo, as de origem religiosa (DANTE, 2015; GONZALEZ; MARTINS, 2017; SCHUELTER, 2010). Os estudos sugerem que o conhecimento vai muito além de informações, dados e ausência ou presença de inteligência. É, antes, um movimento consciente e reflexivo que se utiliza de informações/dados da sociedade e da vivência do ser humano (GONZALEZ; MARTINS, 2017; RAMOS; YAMAGUCHI; COSTA, 2020). Paulo Freire ao discorrer sobre a educação bancária e a necessidade de uma educação libertadora, aponta a educação como a criação do conhecimento a partir da transformação da vida (COSTA, 2015).

Assim, a pessoa ou a coletividade é o elemento fundamental, inclusive no conhecimento que perpassa as organizações, chamado conhecimento organizacional, descrito como o recurso intangível, diferenciando-se dos recursos tangíveis como as propriedades e capitais físicos (RAMOS; YAMAGUCHI; COSTA,

2020; TAKEUCHI; NONAKA, 2008). Deve ser de fácil acesso e compartilhamento, estar presente nas rotinas, ferramentas, linguagem e regras, assim como em outros processos organizacionais. Além disso, coopera para a Aprendizagem Organizacional (AO), na inovação, no alcance dos objetivos e na tomada de decisão³¹ (GONZÁLEZ; DANTE, 2016; GONZALEZ; MARTINS, 2017; ROCHA; GOUVEIA, 2018).

Inocente e Miura (2011) apontam que a AO é um conceito mutável, conforme o referencial adotado. Definem, também, como a aprendizagem individual que ocorre no ambiente organizacional, quando incorporada a esse, supera o indivíduo alcançando o coletivo pela modificação dos processos de trabalho.

Esse valor literalmente agregado ao conhecimento se distingue mediante a variedade de teóricos sobre o tema.³² Para Takeuchi e Nonaka (2008), o conhecimento é contradição e opostos dialéticos, e constitui-se por dois componentes dicotômicos: o conhecimento tácito e explícito. Inicialmente, esse modelo é proposto por Polanyi (1967), mas Takeuchi e Nonaka foram os responsáveis por seu amadurecimento (GONZALEZ; MARTINS, 2017).

O conhecimento tácito está presente no ser, por meio da intuição, valores e emoções, o que o dificulta se tornar material. Distingue-se, contudo, em duas dimensões. A dimensão “técnica”, também chamada “*know-how*”, é caracterizada pelas intuições, palpites e habilidades informais; e a dimensão cognitiva, que compreende os valores, emoções e as crenças, moldando a percepção de mundo. Essa dificuldade de compartilhamento está atenuada no conhecimento explícito, que por se manifestar nas palavras, números e sons, amplia a variedade de formas de comunicação e diminui o tempo de partilha (TAKEUCHI; NONAKA, 2008, p.19).

Nessa perspectiva, discorre-se sobre a melhor forma de processar sistematicamente os conhecimentos organizacionais em prol do desenvolvimento das organizações. Preocupação essa que se inicia ainda na década de 1960, um de seus marcos é a publicação do livro *The Production and Distribution of Knowledge in the*

³¹ Mobilização de informações e conhecimentos em ação estratégica (CRUZ; CRESPO; PEÑA, 2016).

³² Outros posicionamentos sobre conhecimento organizacional: a proposta de Spender (1996), que arranja os conhecimentos tácito e explícito em um mesmo grupo e adiciona outro, formado pelos conhecimentos individual e social, originando os conhecimentos consciente, automático, objetivado e o coletivo (GONZÁLEZ; DANTE, 2016). Kakabadse *et al.* (2003) elaborou a “Cadeia de Conhecimento”, organizada consequentemente em dados, informação, realização, ação/ reflexão e sabedoria. E Grant (1996), Kogut e Zander (1992) a Teoria Baseada no Conhecimento, associando vantagem competitiva e o conhecimento (GONZALEZ; MARTINS, 2017).

United States, em que Fritz Machlup expõe o conhecimento como uma oportunidade para as organizações (DANTE, 2015).

Por conseguinte, na década de 1970, têm-se a aproximação de uma gestão entre conhecimento, informação e dados, com trabalhos de Drucker, influenciado diretamente por Machlup e responsável por termos como “trabalhador do conhecimento³³” e “economia do conhecimento³⁴” (DANTE, 2015; HELOU, 2015; SCHUELTER, 2010).

Entre o período de 1980 e 1990, o reconhecimento do valor dos dados e da informação consolida-se teoricamente, ainda que pontuado como uma competência do profissional e em paralelo à inserção da internet (HELOU, 2015; ROCHA; GOUVEIA, 2018). Dante (2015, p. 208, tradução nossa) indica que em 1989 “[...] uma organização de consultoria holandesa, denominada CIBIT, organizou uma oficina chamada *Knowledge Management*, sob condução de Rob Van der Speck. Parece ser a primeira vez que se emprega essa denominação”.

Na GC, três grandes capacidades se combinam: humana, tecnológica e estratégias/processuais (SCHUELTER, 2010). Desse modo, o compartilhamento pode se beneficiar da tecnologia e, em razão disso, são fundamentais a coerência entre a organização (missão, metas e objetivos) e o processo de GC definido, para se ter sentido nas ações. Logo, as metas, benefícios e dificuldades da adoção da GC também perpassam às três capacidades. Referindo-se as metas, a realização dos profissionais e, contemplando a AO, a criação e articulação do conhecimento integradamente ao processo de trabalho, com a intenção de aplicar corretamente os recursos intangíveis, aprimorar o desempenho e o alcance dos objetivos da organização (GONZÁLEZ; DANTE, 2016; RAMOS; YAMAGUCHI; COSTA, 2020; ROCHA; GOUVEIA, 2018; SCHUELTER, 2010).

Helou (2015) sintetiza os facilitadores nos sistemas de TI, articulados com processos de criação e compartilhamento do conhecimento, coordenação interna e externa eficaz, e AO. As dificuldades ou barreiras, os modos de liderança e direção, a

³³ As principais características/papeis desempenhados são: controlador, auxiliar, aprendiz, *linker*, *networker*, organizador, recuperador, compartilhador, solucionador e rastreador (REINHARDT *et al.*, 2011).

³⁴ Para Brinkley (2008) “[...] a história de como novas tecnologias de propósito geral se combinaram com recursos intelectuais e de conhecimento — o intangível da pesquisa, desenvolvimento, criatividade, educação, ciência, igualdade de marca e capital humano — para transformar a nossa economia” (REINHARDT *et al.*, 2011, p. 153, tradução nossa).

condução do fluxo contínuo de institucionalização do conhecimento e o foco no conhecimento explícito, por meio de ferramentas de TI, sinalizam a necessidade de reforçar as relações sociais de modo a equilibrar os dois aspectos do conhecimento (GONZALEZ; MARTINS, 2017; HELOU, 2015).

Ali *et al.* (2017) concluíram que a qualidade do conhecimento, influenciada pela liderança, é um dos elementos indispensáveis na propriedade de processos de GC, mesmo em comparação com sistemas de informação complexos. Ademais, acentuam a importância da cultura do compartilhamento e, subjetivamente, profissionais influentes afetam as percepções sobre os processos nos demais colegas.

A liderança, enquanto “processo social de influência” (GAMBA; ZAPATA, 2015, p. 137, tradução nossa) envolve-se favoravelmente com a GC. Três condutas se destacam na literatura: a liderança transformacional, destacando o carisma e a motivação a partir do líder, incentivando a percepção de confiança e pertencimento ao trabalho pelos liderados; a liderança transacional, em que se mobiliza recompensas afins de favorecer a satisfação dos liderados e facilitar o alcance das metas, ao tempo que o líder interfere nos elementos em circunstâncias de gravidade; e a junção, a liderança transformacional-transacional, mobilizando características das duas teorias (GAMBA; ZAPATA, 2015).

Desse modo, um posicionamento da liderança comprometido com a mediação do processo de GC beneficia uma cultura organizacional de compartilhamento do conhecimento, interativa e de confiança entre os membros da organização, essencial para efetivação de um modelo de GC (GAMBA; ZAPATA, 2015; RODRIGUEZ; MUNIZ JR; MUNYON, 2018; SANTOS; BASTOS, 2019). Os modelos de GC constituem processos de GC, conforme elaborações teóricas que se aplicam de acordo com o contexto da organização. Apesar de existir mais de 150 modelos e distintas formas de classificação, não se pretende definir um modelo de GC ideal para o cenário desse estudo (CORRÊA, 2019; ZIVIANI; CORRÊA; MUYLDER, 2018).

Em geral, os processos de GC são atividades ou subprocessos estruturados, compostos por atividades executadas mediante tarefas, e podem ser divididos em duas vertentes a partir dos estudos da área. São elas: o fluxo baseado no desenvolvimento organizacional, ou também denominado “*soft track*”, em que a interação entre os indivíduos e o compartilhamento de conhecimentos é a essência, e o fluxo baseado em processos, ou “*hard track*”, no qual as ferramentas de TI e o

conhecimento explícito se sobressaem (GONZALEZ; MARTINS, 2017, p. 262; SCHUELTER, 2010).

Corrêa (2019) e Ziviani, Corrêa e Muylder (2018) manifestam a necessidade de se definir modelos ou *frameworks*/estruturas holísticas de GC. Por GC holística, compreende-se como uma característica estratégica que aponta uma aproximação das partes pelo todo, ponderando que as partes não podem ser estudadas isoladamente por possuir uma articulação entre elas. Assim, procede em reconfigurar essas partes numa modelagem que considere a totalidade (CORRÊA, 2019). Advém do reconhecimento e da crítica da influência do paradigma clássico cartesiano-newtoniano, o tradicional positivismo, presente nas pesquisas a exemplo da estrutura do presente estudo, na saúde com a divisão dos corpos ou na variedade e aprofundamento das especializações. Propende ao reducionismo, por compartimentar um todo, com a intenção de compreendê-lo por ser um todo previsível, estável e determinado (CORRÊA, 2019).

A GC por criação e aplicação está sobre esses moldes, que devem ser reconhecidos pela condução aos avanços que proporcionou. A atual complexidade impulsiona a se pensar em opções para além de uma organização dividida em setores e composta por corpos mecanizados. Assim, a GC holística não nega ou repele o paradigma cartesiano-newtoniano, mas se propõe a recontextualizá-lo e complementá-lo, em consideração à totalidade dos fenômenos, rumo à integralidade e transdisciplinaridade (CORRÊA, 2019; ZIVIANI; CORRÊA; MUYLDER, 2018).

Intrinsecamente se relaciona com a TGS³⁵, Sistemas Adaptativos Complexos³⁶ e o Pensamento Complexo³⁷, e se particulariza pela valorização do todo sobre as partes numa relação de síntese. Um modelo holístico de GC deve se respaldar em uma teoria coerente, definir minuciosamente os objetivos e “como” se efetiva sua aplicação, partindo de um planejamento, das condições estruturais, materiais, culturais, humanas e tecnológicas — mutáveis —, da complexidade do conhecimento organizacional e dos meios típicos de avaliação (CORRÊA, 2019; ZIVIANI; CORRÊA;

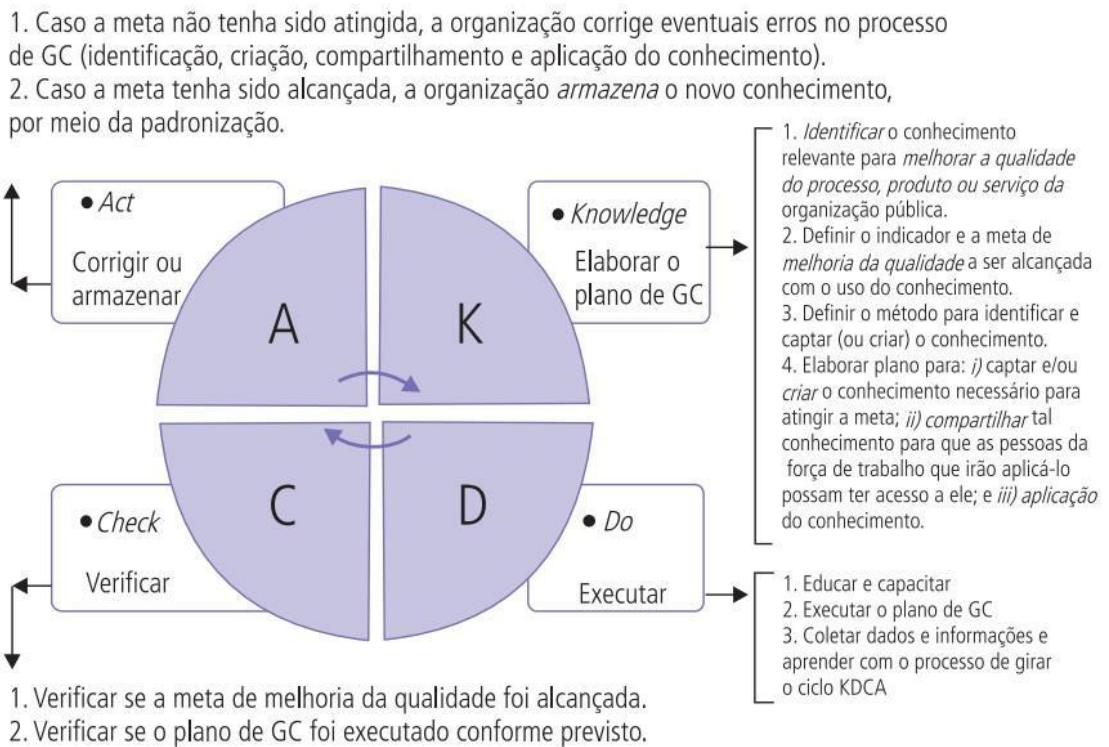
³⁵ Proposta de 1937 do biólogo Ludwing Von Bertalanfy, de concepção que as partes de um conjunto influência as demais partes assim como, ao todo (CORRÊA, 2019).

³⁶ Parte-se com conceito de TGS, adicionando os conceitos de adaptação e complexidade, ou seja, considera-se a capacidade dos sistemas de adaptarem aos ambientes, assim como, a complexidade enquanto relação intrínseca entre as partes (CORRÊA, 2019).

³⁷ Proposta por Edgar Morin, que em síntese visa compreender um sistema enquanto integral e não redutivo, em movimento do todo para as partes e das partes para o todo (CORRÊA, 2019).

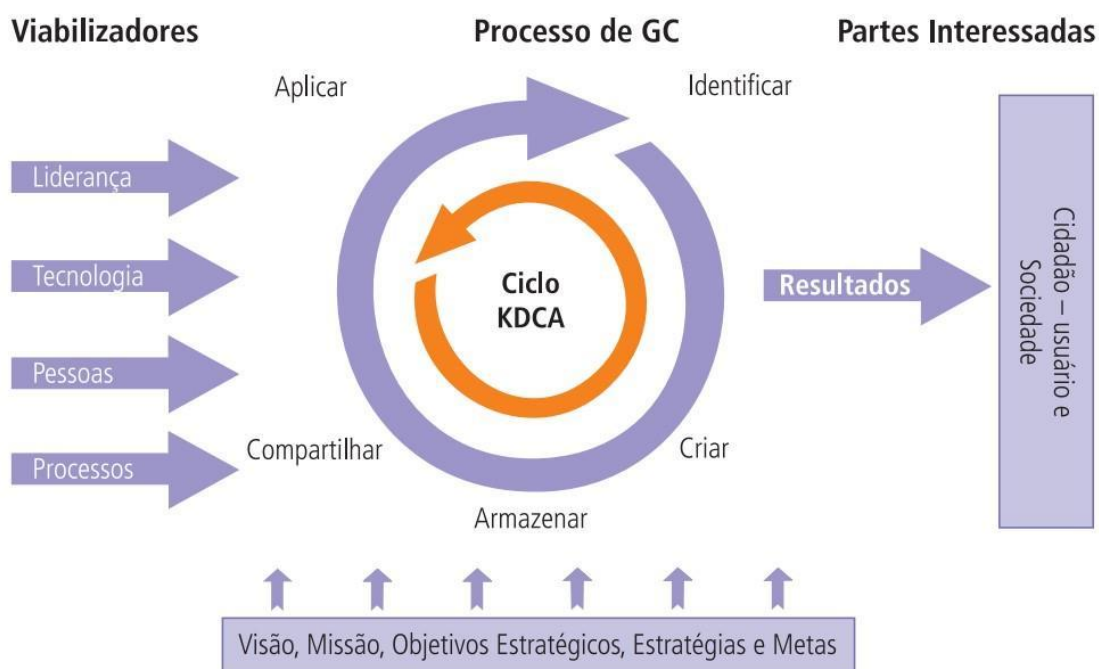
MUYLDER, 2018). O MGCAPB, exemplo de um modelo que o autor define como holístico, é caracterizado como um modelo híbrido (descritivo e prescritivo), por descrever e orientar sua aplicação, representado pelas Figuras 3 e 4, a seguir:

Figura 3 – Modelo de Gestão do Conhecimento para a Administração Pública



Fonte: BATISTA, 2012.

Figura 4 – Ciclo de GC – O Ciclo KDCA



Fonte: BATISTA, 2012.

Adota-se, aqui, a GC na administração pública como um método integrado de construir, partilhar e cultivar o conhecimento para elevar a eficiência, a efetividade social e colaborar para justiça, probidade e transparência na administração pública em prol do desenvolvimento do país (BATISTA, 2012). É preciso pontuar que a administração pública demanda modelos de GC próprios, visto a insuficiência dos modelos para organizações privadas, devido aos distintos princípios de administração e das características da organização. Além disso, contribui para ampliação dos conhecimentos e habilidades dos profissionais, que em coletivo beneficia a equipe de trabalho; amplia o potencial da organização, por meio da qualificação dos seus processos; e a capacidade social se eleva em decorrência (BATISTA, 2012).

De tal forma, o MGCAPB foi utilizado pelo IPEA em 2004 na primeira pesquisa sobre GC na administração pública no Brasil, com a participação de 34 organizações do Executivo Federal, incluindo Órgãos da administração direta, como o MS. Quase 10 anos depois (2013–2014), realizou-se uma nova pesquisa, com a participação ampliada da administração pública federal brasileira (BATISTA, 2015).

Como orientado pelo modelo de Batista (2012), a implementação do Plano de Gestão do Conhecimento (PGC) deve ocorrer em quatro etapas: diagnosticar, planejar, desenvolver e implementar. Com destaque à primeira etapa, que prevê

estabelecer o grau de maturidade da GC no local, sendo a avaliação do nível de GC da organização, de modo que o processo seja continuamente aprimorado, aperfeiçoado e justificado, para benefício do trabalho (SANTOS; BASTOS, 2019).

Para efetivar essa primeira etapa, aplica-se um instrumento quantitativo que avalia sete critérios: liderança em GC, processos, pessoas, tecnologia, processos de conhecimento, aprendizagem-inovação e resultados da GC. Verifica-se, ainda, os níveis de maturidade: reação — desconhecimento da organização sobre GC; iniciação — reconhecimento incipiente sobre GC; introdução — presença de práticas de GC em setores; refinamento — implantação da GC em processo de aperfeiçoamento; e maturidade — verifica-se a institucionalização da GC (BATISTA, 2012).

O IPEA realizou, inicialmente em 2013, a identificação dos níveis de maturidade em GC da administração pública federal brasileira (73 organizações). O MS aparece ao nível 4 — refinamento, demonstrando que nesse âmbito a GC já possui um caminhar, com atividades delineadas (BATISTA, 2016). Em demais publicações que analisaram a percepção de 497 servidores/funcionários de 81 organizações do Executivo Federal, confirmou-se sobre o estágio de implantação e alcance das práticas da GC, assim como o grau de formalização e implementação da GC (BATISTA, 2015; BATISTA; QUANDT, 2015).

Percebe-se que o MS, em 2004 e posteriormente em 2014, manteve-se em estágio intermediário, passando de 17 práticas implantadas para 16, revelando um comprometimento razoável com a GC e iniciativas de curto prazo (as práticas implantadas exclusivamente pelo MS não foram descritas nas publicações). O MS e demais organizações desse nível caracterizaram a introdução da GC pela alta direção; conseqüentemente, verifica-se elevada presença de mecanismos formais de GC, como documentos e atribuição de compromissos. Entretanto, é baixa a disseminação e percepção de relevância na base da organização (BATISTA, 2015; BATISTA; QUANDT, 2015).

Considerando as organizações que integram o estudo do IPEA, comumente adotam-se práticas de tecnologias (“portais/intranets/extranets, ferramenta de busca avançada, serviços online de redes sociais”) e gestão pessoas (“fóruns e listas de discussão, Educação Corporativa, espaços colaborativos virtuais e compartilhamento de vídeos”), em detrimento das que envolvem processos (*Benchmarking* interno e

externo,³⁸ melhores práticas,³⁹ captura de ideias e de lições aprendidas, taxonomia)⁴⁰ (BATISTA; QUANDT, 2015). Dentre os principais obstáculos, estão: definição dos objetivos relativos à GC; inexistência de indicadores que compreenda aspectos qualitativos e quantitativos, logo, fragilidade no monitoramento e avaliação dos resultados; dificuldade nos âmbitos de capturar e compartilhar conhecimentos formais e não formais; falta de incentivo e de compreensão sobre a GC na organização (BATISTA, 2015; BATISTA; QUANDT, 2015).

Esse cenário integra o panorama da administração direta do Executivo Federal, que, segundo os autores, não inclui a GC como uma prioridade governamental e, igualmente, não possui uma política própria de GC. Tendo em consideração essa ausência, o IPEA assessorou diversas organizações brasileiras na implementação de uma política de GC tal qual propõe o MGCAPB, além de duas experiências estaduais com o governo de São Paulo e MG (BATISTA, 2015).

A experiência de MG inicia-se com a SEPLAG/MG em 2011 e, no ano seguinte, amplia-se para toda administração pública estadual, formalizada na Política Estadual de Gestão do Conhecimento, conforme a Resolução SEPLAG/MG n.º 55, de 27 de julho de 2012. Não foi possível encontrar a resolução para além da publicação do IPEA, bem como qualquer desdobramento ou atualização nos meios de divulgação oficiais do governo de Minas Gerais. A Política mineira é expressada graficamente na Figura 5 a seguir (BATISTA *et al.*, 2015):

³⁸ “[...] busca sistemática das melhores referências para comparação aos processos, produtos e serviços da organização” (BATISTA; QUANDT, 2015, p. 16).

³⁹ Identificação das melhores práticas para se realizar determinada tarefa (BATISTA; QUANDT, 2015).

⁴⁰ Técnica de organização de informações e conhecimentos em diversos formatos, acessível a toda organização (BATISTA; QUANDT, 2015).

Figura 5 – Modelo de gestão do conhecimento da administração pública estadual.



Fonte: AGI/SEPLAG/MG (201? *apud* Batista *et al.*, 2015).

Para elaboração, condução e implementação do plano, constituiu-se o Comitê Estadual de Gestão do Conhecimento, com a presença de 16 órgãos e entidades mineiras, incluindo a SES/MG. Amplamente, as seguintes etapas foram realizadas para elaboração: determinação do nível de maturidade (nível 2 – iniciação) no estado; identificação dos viabilizadores da GC e de lacunas da administração pública; definição de indicadores de processo, resultados e maturidade; e aprovação do Plano Estadual de Gestão do Conhecimento (2013) (BATISTA *et al.*, 2015).

Após esse primeiro momento, a política foi difundida para as secretarias que não estavam incluídas na etapa anterior, almejando a criação e implementação de planos setoriais de GC. Efetuaram-se reuniões de apresentação, compartilhamento metodológico, diagnósticos setoriais de maturidade, e treinamento com os servidores públicos estaduais (BATISTA *et al.*, 2015).

Quanto aos benefícios percebidos na administração pública mineira, citam-se: a aproximação da temática enquanto ferramenta para gestão estratégica e articulação com a gestão de pessoas e de processos; fomento ao compartilhamento do conhecimento; incentivo e reconhecimento das práticas desenvolvidas pelos servidores; aproximação da alta administração e dos líderes no processo; e o reconhecimento de práticas de GC presentes no cotidiano, que demandavam organização e alinhamento aos resultados (BATISTA *et al.*, 2015).

É relevante salientar que os Comitês Setoriais de GC devem, conforme a política estadual, elaborar relatórios semestrais e anuais de monitoramento aos planos estratégicos setoriais (BATISTA *et al.*, 2015). Todavia, não foi possível encontrar nos meios de comunicação *on-line* do Governo de MG ou da SES/MG qualquer menção ou documento sobre o assunto.

Relacionadas à experiência de MG, outras publicações (inter)nacionais, compartilham os benefícios e dificuldades das experiências com a GC na administração pública, realçando a importância de considerar as particularidades locais nesse processo.

Para Eggers, Silva e Oliveira (2019), em pesquisa em um órgão público brasileiro, orientados por uma ferramenta de Gestão de Processos (GP)⁴¹ e práticas de GC, resultados qualitativos foram alcançados. Entre esses resultados, destacam-se a construção coletiva e o compartilhamento de conhecimento, maior apropriação do processo de trabalho e melhoria da eficiência. Esses, por sua vez, correlacionam-se com os produtos quantitativos, a exemplo da elaboração de mapeamento dos serviços, criação de fluxogramas e produção de Carta de Serviços ⁴² ao Usuário.

Ainda que os autores tenham encontrado dificuldades, como o excesso de atribuições e a falta de motivação, pontuam a importância da compreensão e apoio dos gestores sobre o processo a ser desenvolvido. Segundo eles, a qualificação da gestão pública é passível de acontecer sem a utilização de ações complexas e de alto custo (EGGERS; SILVA; OLIVEIRA, 2019).

Para além da literatura nacional, Pee e Kankanhalli (2016), em pesquisa a partir de mais de 300 organizações públicas de Singapura que adotam a GC, referem a GC no setor público como aliada no movimento de maior participação da sociedade e na superação de alguns dos seus problemas, como a rotatividade de profissionais e o fluxo de conhecimento, fortalecendo a eficácia do setor. Ordoñez e Guzmán (2018), em estudo da gestão municipal colombiana, encontram um paralelo na implementação de um modelo de GC na administração pública. Indicam que a adoção do modelo

⁴¹ Modelo organizacional que centraliza os processos, conjunto de operações necessárias para atingir uma meta, de maneira contínua na organização (EGGERS; SILVA; OLIVEIRA, 2019).

⁴² Informa “[...] os cidadãos e/ou demais usuários acerca do que aquele setor/órgão/organização oferece/realiza”. Além de esclarecer, “como o usuário consegue acessar os serviços, em qual local e qual o padrão de atendimento espera receber” (EGGERS; SILVA; OLIVEIRA, 2019, p. 4).

provoca melhora nos indicadores de produtividade, nos serviços, na eficácia, na autossustentabilidade e na utilização dos recursos públicos.

Inclusive, os funcionários (termo utilizado pelos autores) reconhecem aspectos do processo de conhecimento organização. Porém, não apontam a GC como um fator importante para organização; portanto, não a implementam, possivelmente em consequência da ausência de supervisão dos processos, dificuldade de compartilhar o conhecimento e ausência de uma cultura alinhada ao modelo de GC.

Na República Tcheca, em pesquisa de Špaček e Gatarik (2017), sugere-se um subdesenvolvimento e uma subvalorização da GC na administração pública, com ênfase na municipal e regional, caracterizada pelo uso implícito de técnicas de GC. Em associação, a “alta” gestão referiu-se à percepção de inutilidade ou irrelevância da GC, ainda que possuam conhecimentos a respeito. Ainda no continente europeu, na Eslováquia, Bučková (2015), em análise dos fatores mais relevantes que influenciam a construção da GC na administração pública, indica a implicação da compreensão dos profissionais sobre o processo antes de ser implementado. Posteriormente, indica a manutenção da formação a longo prazo, enfatizando que a transformação dos profissionais suscita a modificação da organização.

Assim como a GC no setor público pode trazer contribuições, sobretudo ao utilizar modelos específicos, observa-se que as dificuldades estão presentes em diversos países com contextos distintos. Esse cenário se assemelha ao aproximar a GC especificamente do setor saúde.

Dentre as publicações, o interesse da articulação da GC com as TICs e a gestão da informação é notório. Em estudo que objetivou mapear a GC com base na *Big Data*⁴³ nos serviços de saúde pública no mundo de 2007 a 2017, a escassez também é mencionada, identificando o primeiro em 2013 nos Estados Unidos, em destaque para as questões administrativas e operacionais (SILVA; SILVA; FORTES, 2018). Apesar de incipientes, as publicações são diversificadas, acontecendo em organizações de saúde públicas e privadas, em unidades hospitalares, de média complexidade, em comparação aos diversos níveis de atenção, em âmbito regional e nacional dos sistemas de saúde.

⁴³ Gerenciamento de grandes volumes de dados coletados de formas distintas (SILVA; SILVA; FORTES, 2018).

Em publicação da OPAS referente à GC no Brasil, importantes conceitos como o modelo de GC adotado na OPAS são apresentados. Enfatiza-se o compromisso com a saúde em articulação com Sistemas de Informações em Saúde e ferramentas digitais organizadas em rede, tendo em consideração que GC é uma frente de trabalho que se articula com ferramentas tecnológicas, mas não se resume a ela (OPAS, 2009).

Além disso, apresenta o objetivo para a GC na Representação da OPAS/OMS no Brasil (2008), em que se pretende que a manipulação das informações em saúde provoque discussões técnicas, novos conhecimentos (individuais e coletivos) e ações cooperativas (OPAS, 2009). Mencionam-se, ainda, importantes iniciativas desenvolvidas pelo MS, como o Sistema Nacional de Informação em Saúde; a Biblioteca Virtual em Saúde; a Política Nacional de Informação na Saúde; o Campus Virtual de Saúde Pública; o Sistema Universidade Aberta do SUS; Salas de Situação de Saúde; a Rede Interagencial de Informações para Saúde; o Programa Nacional Telessaúde, entre outros (OPAS, 2009).

Ainda que as iniciativas estejam presentes, os desafios como a cultura da organização, a democratização da informação,⁴⁴ a velocidade dos avanços tecnológicos, a capacidade de diálogo com o cidadão, comunidades e movimentos sociais, o corporativismo profissional também integra a realidade brasileira. Para “[...] fazer com que Gestão do Conhecimento e cidadania andem juntas [...]”, a formulação e atuação de políticas públicas nessa área devem ser estruturantes para o Estado e estimulantes para a participação e controle social (OPAS, 2009, p. 95).

Para além do Brasil, publicações indicam que, com o advento da internet, os usuários/pacientes demandam mais informação e conhecimento dos profissionais de saúde e é um desafio para os profissionais se manterem constantemente atualizados. Estima-se que, ao longo da vida dos trabalhadores, a criação de conhecimento em saúde amplia-se em quatro vezes (KARAMAT *et al.*, 2019).

Identificam-se, também, dificuldades como a insuficiência de um planejamento estratégico, a falta de apoio da estrutura organizacional e da alta gerência, e a limitada integração do gerenciamento de informações, prejudicando a tomada de decisão, como desafios e barreiras a serem enfrentados para viabilizar a GC em saúde. Desse modo, são necessários investimentos em inovações, que valorizem a formação dos

⁴⁴ O acesso universal e público à informação, perpassando dentre alguns itens a disponibilidade de conectividade de rede, de informações relevantes, de acessibilidade e alfabetização midiática e informacional (SÁNCHEZ *et al.*, 2019).

profissionais, a incorporação tecnológica e os sistemas de informação (KARAMAT *et al.*, 2019; LEDO *et al.*, 2017).

4 PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa do tipo exploratória.⁴⁵ Utilizar-se-á a proposta de Minayo (2017b), que a descreve como estudo centrado na compreensão e interpretação dos significados (pensamentos, opiniões, comportamentos e experiências) produzidos por pessoas em contexto específico (sócio-histórico) — senso comum. Nessa proposta, a intersubjetividade das relações (sujeito-objeto/investigador-investigado) são reconhecidas e, precisamente, não neutras. A apresentação, organização e redação da pesquisa é orientada pelo modelo próprio do Programa de Pós-Graduação em associação às recomendações do *Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ)* e *Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR)* (O'BRIEN *et al.*, 2014; SOUZA *et al.*, 2021).

O cenário do estudo é uma URS do tipo SRS, localizado em um município referência como Polo de uma Macrorregião e Microrregião do estado de MG. A SRS foi definida devido à sua dupla atuação: a abrangência do Polo Macrorregional incluir mais de 1.500.000 habitantes e 8 Polos Microrregionais; e a Microrregião possuir mais de 500.00 habitantes e 11 municípios (MINAS GERAIS, 2020a). Conforme a resolução que organiza o processo de trabalho dessa unidade administrativa descentralizada, sua competência é “[...] gerir, implementar e monitorar as políticas e ações de saúde no âmbito de sua área de abrangência, fortalecendo a governança regional do SUS-MG [...]” (MINAS GERAIS, 2020b, p. 3).

A estrutura orgânica da SRS é organizada da seguinte forma: direção; Coordenação de Gestão, Finanças e Prestação de Contas (CGFPC); Coordenação de Atenção à Saúde (CAS); Coordenação de Assistência Farmacêutica (CAF); Coordenação de Regulação (CREG); Coordenação de Vigilância em Saúde (CVS). Destaca-se que, dentre as atribuições da CGFPC, estão: promover condições e executar ações para o desenvolvimento dos trabalhadores das URS, conforme necessidades do serviço e PEEPS; estimular e acompanhar o desenvolvimento da EPS nos municípios (MINAS GERAIS, 2020b). Previu-se um total de 125 trabalhadores da saúde atuando na SRS estudada. Todavia, considerando os critérios

⁴⁵ “Os estudos exploratórios não elaboram hipóteses a serem testadas [...], restringindo-se a definir os objetivos e buscar maiores informações sobre determinado assunto de estudo” (CERVO; BERVIAN, 1996, p. 48 apud SILVA; POHLMANN, 2021).

de inclusão e o desenvolvimento de uma pesquisa qualitativa, esse quantitativo não representa um número potencial de participantes.

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora, sob número do parecer 4.114.984 em 2020. Porém, conforme a gravidade e o desenvolvimento da pandemia por COVID-19, exigiu-se submeter uma emenda à pesquisa original, aprovada no parecer 4.527.104 em 2021, disponível no ANEXO A.

O primeiro contato com a SRS foi realizado pessoalmente pela pesquisadora, visando apresentar o projeto e solicitar a autorização para a coleta de dados. Recebida pelo Superintendente, acordou-se o envio do material via *e-mail* para SRS devido à necessidade de a autorização para a coleta ser analisada na SES/MG, em Belo Horizonte. Após cinco meses, a autorização foi concedida. Comunicada a autorização, o Superintendente indicou o contato do setor de Recursos Humanos (RH) da SRS para definir a melhor forma de contato com os possíveis participantes.

Em 15 dias de ajustes, teve início a coleta de dados, mediante o encaminhamento pela pesquisadora de um *e-mail* com texto-convite, apresentando a pesquisadora, o projeto e incluindo o *link* para acesso ao instrumento, disponível no APÊNDICE A. Também em concordância ao Ofício Circular n.º 2 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (BRASIL, 2021), o *e-mail* foi disparado via setor de RH para toda a SRS no dia 17 de fevereiro de 2021, de forma que a pesquisadora não possui qualquer contato prévio com dados dos possíveis participantes.

Decidiu-se pelo disparo para todo o local, devido ao propósito que a SRS possui, previamente já apresentado, de maneira a serem incluídos na análise pela pesquisadora somente os respondentes que se adequem aos seguintes critérios de inclusão: ser trabalhador da saúde da SRS, com ensino superior completo e em desempenho de atividades de gestão. Os trabalhadores que estiverem de licença ou férias constituem os critérios de exclusão. A seleção por profissionais com esse grau de formação se deve à premissa da educação superior com responsabilidade social e formação de profissionais autônomos, críticos, reflexivos e participantes socialmente (MARINHO-ARAUJO; ALMEIDA, 2016).

Dentre as diversas possibilidades e recursos de se coletar dados em ambiente virtual, optou-se pela elaboração do instrumento de coleta através da plataforma *Google Forms*, pela afinidade da pesquisa e as diversas funcionalidades permitidas, como na elaboração das questões, controle da sequência da resposta e uso de

imagens e vídeos. Quanto à organização dos dados, também oferece vantagem por ordenar automaticamente cada resposta em um arquivo no modelo planilha, em que cada linha remete a um participante em relação às questões dispostas nas colunas, de acesso controlado pelo criador do instrumento (PONTES-RIBEIRO *et al.*, 2017).

A criação e discussão do instrumento ocorreu em conjunto com a orientadora, que já havia participado da elaboração de instrumento semelhante (RIBEIRO *et al.*, 2019). Sua organização está dividida em cinco seções que variam com questões discursivas e de múltipla escolha: apresentação da pesquisadora, compartilhamento de *e-mail* e telefone para suporte aos participantes; Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); caracterização do participante; percurso educacional; percurso profissional; questões da pesquisa, conforme disposto no APÊNDICE B.

A primeira seção visa reafirmar a origem/razão da pesquisa, as credenciais das pesquisadoras envolvidas, agradecer à participação, bem como disponibilizar *e-mail* e telefone/*WhatsApp* para contato caso o participante tenha alguma dúvida, dificuldade de acesso ou aconteça algum erro durante o preenchimento. Também é o primeiro momento de solicitação do *e-mail* do participante, de maneira a diminuir a possibilidade de duplicidade de respondentes e facilitar o compartilhamento da produção final da pesquisa. Somente o questionamento do nome do respondente não é obrigatório de responder, esse é um recurso da ferramenta que possibilita ao pesquisador controle sobre a progressão do participante no instrumento. No entanto, nas questões discursivas, não existe controle sobre o que seria esse “preenchimento obrigatório”. Assim, se o participante não se sentir à vontade em responder, pode apenas colocar uma letra, número ou qualquer outro símbolo, e seguir para as demais.

A segunda seção é a apresentação do TCLE, conforme disposto na resolução n.º 466 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012b) e de acordo Ofício Circular n.º 2 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (BRASIL, 2021). O risco em participar dessa pesquisa é considerado mínimo e os participantes só possuem acesso às questões após o consentimento disposto abaixo do TCLE. Caso algum participante não concorde, o instrumento o direciona para a página de agradecimento e seus dados não serão armazenados. A mesma coisa acontece se o participante desistir de participar no decorrer do preenchimento, os dados são enviados para o armazenamento apenas após a última questão e confirmação de envio pelo participante.

O respondente ainda possui a opção de receber uma cópia do questionário com suas respostas via *e-mail*. Estando explícito no TCLE quanto à possibilidade, por exemplo, dos participantes se sentirem constrangidos ou apreensivos ao responder algumas perguntas e no uso dos dados que de alguma forma possa identificá-los. Leva-se em conta também o direito a ressarcimento e/ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos. Além das medidas para minimizar os riscos mencionadas, e para fortalecer o anonimato, houve a troca do nome do respondente para “P” de participante, seguida do numeral conforme a ordem de preenchimento do instrumento (exemplo “P1”, “P2” e “P3”).

Consentida a participação, iniciam-se os questionamentos sobre caracterização do participante, como nome, identidade de gênero e cor/raça. Em sequência, questiona-se sobre a formação (ensino superior) do participante e as características dessa formação. A última parte antes das questões sobre o tema a ser pesquisado é o percurso profissional, com vistas a compreender como o respondente se insere no local de trabalho e sua descrição sobre seu cargo/função.

As oito perguntas sobre o objeto aqui exposto foram construídas considerando a aproximação gradual do respondente no assunto. Mais três questionamentos finalizam o instrumento, dispondo de espaço extra para acrescentar algo que não foi relatado anteriormente, avaliação sobre o instrumento e espaço livre para comentários, sugestões e críticas.

É necessário pontuar que a contingência de saturação dos dados é orientada conforme discute Minayo (2017a), de maneira que as pesquisas qualitativas se norteiam pela busca de sentido do objeto definido, não sendo definidos *a priori* a quantificação da amostra e o ponto de saturação. Nesse contexto, leva-se em conta o recebimento do preenchimento do instrumento, aproximação qualitativa do objeto e situação epidemiológica mundial — incluindo o episódio de surto de COVID-19 no cenário de pesquisa, impulsionando a modificação do modo de trabalho presencial para o remoto durante o momento da coleta (informação verbal⁴⁶).

A análise guia-se pelo método da Análise de Conteúdo de Bardin, especificamente a técnica de Análise Temática (BARDIN, 2016). Entretanto, quanto aos dados das seções de caracterização do participante, bem como o percurso educacional e percurso profissional, tratou-se descritivamente por meio de estatística

⁴⁶ Informação fornecida pelo contato do RH via ligação telefônica.

simples (percentagens) com o apoio de calculadora. Para operacionalização da técnica de Análise Temática, tem-se em primeiro momento a Pré-Análise, que objetiva a organização do material. No caso desse estudo, as respostas ao instrumento de coleta foram organizadas em arquivo do tipo Excel, dispondo cada participante em uma linha e as questões do instrumento no cabeçalho das colunas. De maneira a conhecer o *corpus* — o documento a ser submetido à análise —, efetuou-se a “leitura flutuante”, primeiro momento de leitura e imersão aos dados (BARDIN, 2016, p. 126).

O referencial orienta quatro regras para constituição do *corpus*, verificáveis nesta pesquisa. São elas: regra da exaustividade/não seletividade; regra da representatividade; regra da homogeneidade; e a regra da pertinência. Logo, nenhum elemento foi excluído sem justificativa. Além disso, conforme a perspectiva qualitativa, não foi trabalhado com amostragem, por utilizar um único documento, homogêneo e pertinente aos objetivos previamente definidos (BARDIN, 2016).

Ainda na Pré-Análise, prepara-se o *corpus*, visto que os objetivos já foram definidos e não haverá definição de indicadores ou índices (BARDIN, 2016). Conforme o exemplo da Figura 6 a seguir, em novo documento Excel, organizaram-se somente as respostas por participante às questões centrais do instrumento.

Figura 6 – Modelo de organização das respostas centrais do instrumento de coleta de dados

Participante	Questão 2 (21 no instrumento): o que você compreende por conhecimento?	Unidade de Codificação (Unidade de Registro + Unidade de Contexto)	UR do participante (palavras-tema/frases-tema)	UR síntese dos participantes
P1				
P2				
P3				
P4				
P5				
P6				
P7				
P8				
P9				
P10				

Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Imergindo na Exploração do Material, o segundo momento da técnica, prossegue-se identificando por participante as unidades de codificação, formadas por unidade de registro (UR) (índices de significação temáticos), definidos por conceitos-

chave (palavras-tema/frases-tema) e unidades de contexto (UC) (circundam as UR). Após a definição das UR por participante, produziu-se a UR síntese dos participantes em relação à questão referência do instrumento (BARDIN, 2016).

As UR síntese foram agrupadas conforme aproximação do sentido e dos objetivos da pesquisa, gerando as categorias terminais gerais. Desse modo, optou-se pela elaboração de categorias *a posteriori*. Um conjunto de qualidades são previstas no referencial do método para a construção das categorias, sendo elas: exclusão mútua; homogeneidade; pertinência; objetividade e fidelidade; e produtividade. Cada UR síntese pertence somente a uma categoria, que possui um mesmo sentido amplo, segundo os objetivos propostos na pesquisa. Além disso, é preciso destacar que todo o processo de exploração do material — categorização — foi realizado em processo de articulação contínuo entre orientanda-orientadora, visando consenso e constância do processo (BARDIN, 2016).

Na etapa de Inferência e Interpretação, último momento do método, tem-se o ponto de partida da análise na mensagem, confrontada com o referencial teórico e as intersubjetividades presentes. Nessa etapa, desvenda-se o continente e o conteúdo, ou os significantes e os significados, que, retomando os objetivos da perspectiva qualitativa e do referencial do método, superam na síntese os significados imediatos (BARDIN, 2016).

5 RESULTADOS

Os resultados apresentados a seguir incluem, além das categorias analíticas, um compilado sobre o perfil dos participantes da pesquisa. Dos 11 profissionais que preencheram o instrumento de coleta de dados, no período de fevereiro a maio de 2021, um deles foi desconsiderado por não atender ao critério de inclusão “ensino superior completo”.

5.1 PERFIL E TRAJETÓRIA DOS PARTICIPANTES

O perfil e trajetória dos 10 participantes são abaixo descritos nos quadros 1, 2 e 3. Posteriormente analisados seus percentuais, bem como as relações com a realidade nacional.

Quadro 1 – Caracterização dos gestores da SRS.

Participante (P)	Idade	Identidade de Gênero	Cor/Raça
P1	37	Mulher Cisgênera	Parda
P2	38	Mulher Cisgênera	Branca
P3	43	Mulher Cisgênera	Branca
P4	36	Mulher Cisgênera	Parda
P5	37	Mulher Cisgênera	Branca
P6	38	Mulher Cisgênera	Parda
P7	37	Mulher Cisgênera	Branca
P8	36	Mulher Cisgênera	Branca
P9	43	Mulher Cisgênera	Branca
P10	48	Mulher Cisgênera	Branca

Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Quadro 2 – Percurso educacional dos gestores da SRS.

Participante (P)	Ensino Superior	Ano de conclusão	Tipo de instituição	Especialização
P1	Profissional de saúde	2008	Pública	Fisioterapia em Oncologia

Continuação

Participante (P)	Ensino Superior	Ano de conclusão	Tipo de instituição	Especialização
P2	Profissional de saúde	2007	Pública	Atenção Básica, Saúde da Família e Endodontia
P3	Administração de Empresas	2000	Pública	Gestão de Pessoas
P4	Profissional de saúde	2007	Pública	Saúde Pública
P5	Profissional de saúde	2009	Pública	Saúde Pública
P6	Profissional de saúde	2007	Pública	Saúde Pública, Gestão e Planejamento de Serviços de Saúde; e em andamento, mestrado em Saúde Coletiva
P7	Profissional de saúde	2007	Pública	Saúde da Família e mestrado em Saúde Coletiva
P8	Profissional de saúde	2010	Pública	Mestrado em Ciências Farmacêuticas
P9	Profissional de saúde	2002	Pública	Farmacologia e Saúde Pública; stricto sensu em Educação na Saúde
P10	Profissional de saúde	1997	Privada	Microbiologia e mestrado em Epidemiologia

Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Quadro 3 – Percurso profissional dos gestores na SRS.

Participante (P)	Tipo de Vínculo	Início da atuação na SRS	Cargo/Função	Início da atuação no cargo/ função atual	Cargo(s)/ Função(ões) anterior(es) na SRS
P1	Efetivo	2015	EPGS	2017	Coordenadora do Núcleo de Redes de Atenção à Saúde
P2	Efetivo	2016	EPGS	2016	Não
P3	Efetivo	2020	TGS	2020	Não
P4	Efetivo	2015	EPGS / Enfermeira	2015	Não
P5	Efetivo	2015	EPGS	2015	Não
P6	Efetivo	2008	EPGS	2008	Sim, mas não identificou
P7	Efetivo	2008	EPGS / Bioquímica	2008	Não
P8	Efetivo	2017	Analista de Ciência e Tecnologia / Farmacêutica	2019	Farmacêutica na Fundação Ezequiel Dias (FUNED)
P9	Efetivo	2021	Autoridade Sanitária	2021	Não

Continuação

Participante (P)	Tipo de Vínculo	Início da atuação na SRS	Cargo/Função	Início da atuação no cargo/ função atual	Cargo(s)/ Função(ões) anterior(es) na SRS
P10	Efetivo	2003	EPGS / RT em Controle de Zoonoses	2008	Contrato como consultora de 2003 a 2008

Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Legenda: Especialista em Políticas e Gestão da Saúde (EPGS); Técnico em Gestão em Saúde (TGS); Referência Técnica (RT) em Controle de Zoonoses.

Observa-se que as participantes são mulheres cisgêneras, 70% (7) brancas, 30% (3) pardas, com idades entre 36 a 48 anos. A área da saúde foi indicada por 90% (9) das participantes, com exceção de 10% (1) que se graduou em Administração (optou-se por englobar as graduações no campo da saúde para minimizar a possibilidade de identificação das participantes). Em relação ao tipo de instituição de ensino, 90% (9) alega instituição pública, 10% (1) privada. Com o tempo de formação variando de 24 a 11 anos, 90% (9) afirma possuir ao menos um curso de especialização, com exceção de uma participante que possui mestrado, mas não considerou enquanto curso de especialização. Com ênfase nas áreas de Saúde Pública somam 25% (4), Saúde Coletiva 6% (1), AB ou Saúde da Família 19% (3), âmbito de gestão 12,5% (2) e outros 37,5% (6), atentando que algumas participantes realizaram mais de um curso de especialização.

Todas as participantes se reconhecem como servidoras públicas, com destaque ao cargo/função na SRS de EPGS, indicado por 70% (7). O tempo de atuação na SRS variou de 2003 a 2021, sendo que 40% (4) indica já ter tido outro cargo/função na SRS. Desse modo, o perfil acima explicitado aproxima-se dos resultados da pesquisa sobre o perfil nacional (e sudestino) dos secretários municipais de saúde do Ciclo de Gestão 2017–2020. Mulheres⁴⁷ brancas, em idade entre 31 e 50

⁴⁷ Na pesquisa citada, denomina-se por mulheres as pessoas do sexo feminino, por esse motivo utiliza-se da mesma designação.

anos, com formação superior em Enfermagem e com pós graduação, aparecem em destaque nessa função (OUVERNEY *et al.*, 2019).

Como próprio da pesquisa qualitativa, a interpretação deve reconhecer as intersubjetividades que envolvem os sujeitos do estudo, movimentando-se do individual para o coletivo. Logo, a descrição dos perfis das participantes e suas respostas ao instrumento são parte de uma conjuntura individual e de grupo (MINAYO, 2017b). Portanto, na relação entre a SRS estudada e os municípios que integram o território da Macrorregião, é possível que um perfil semelhante de profissionais esteja ocupando cargos de gestão em saúde.

Sobre a representação de mulheres⁴⁸ em cargos de liderança (também na saúde), a OMS indica como um dos fatores que pode estar relacionado a melhorias no emprego das mulheres e da natureza das políticas sociais nacionais (BUCHAN; DHILLON; CAMPBELL, 2017). Todavia, é urgente que o acesso e permanência em qualquer cargo/função expresse a diversidade, individualidade e subjetividade existente na sociedade.

Nessa pesquisa, não se questionou das participantes se o perfil ou trajetória relaciona-se ao problema de pesquisa. Acompanhar e discutir o perfil dos gestores e demais trabalhadores de saúde do SUS deve compor demais pesquisas sobre PNEPS, as relações com as políticas públicas de saúde e as iniquidades da nossa sociedade.

5.2 CATEGORIAS E UNIDADES DE REGISTO

As categorias e suas UR são apresentadas no Quadro 4 abaixo e posteriormente articulação das mesmas com as falas das participantes:

⁴⁸ Ver nota anterior.

Quadro 4 – Categorias e UR.

Categorias	Questões do instrumento	Unidades de Registro
Identificação e integração dos conhecimentos na Superintendência Regional de Saúde	21	Conhecimento é a transformação da informação: gera direcionamento das ações
	22	Integração dos conhecimentos na Superintendência Regional de Saúde
Da lacuna ao potencial da Educação Permanente em Saúde	25	Educação Permanente em Saúde: uma grande lacuna
	26	Educação Permanente em Saúde: auxílios/compartilhamentos/trocas de informações entre servidores/núcleos/setores
Gestão do Conhecimento e Superintendência Regional de Saúde	23	Gestão do Conhecimento: compartilhamento dos conhecimentos; direcionamento dos processos formativos; padronização, qualificação e otimização das ações
	24	Capacitações, reuniões, trocas de informação: Gestão do Conhecimento na prática
(In)compatibilidades entre Educação Permanente em Saúde e a Gestão do Conhecimento	27	Educação Permanente em Saúde e a Gestão do Conhecimento são compatíveis e complementares, e a interação fragmentada e setORIZADA

Fonte: Elaborado pela autora (2021).

5.2.1 Categoria 1 – Identificação e integração dos conhecimentos na Superintendência Regional de Saúde

As UR abaixo permitiram a construção da categoria 1 a respeito da compreensão e integração dos conhecimentos na SRS.

- *UR: Conhecimento é a transformação da informação: gera direcionamento das ações.*

Os trechos em destaque indicam a compreensão das participantes sobre o conceito de conhecimento.

“É uma informação que gera alguma repercussão na vida, no dia-a-dia, no modo de agir.” (P1).

“É o ato de conhecer, perceber ou compreender por meio da experiência ou razão.” (P3).

Conhecimento é o entendimento dos dados recebidos, apropriação dos mesmos e interiorização (aprender e apreender) e a transformação desses dados em cultura, em informação. É apropriar-se de seu produto/efeito de forma prática para atuar de forma consciente, direcionada e embasada. (P5).

- *UR: Integração dos conhecimentos na Superintendência Regional de Saúde*

Os trechos abaixo referem a utilização dos conhecimentos na SRS.

Assessoria direta aos municípios frente a questões individuais, ministrando treinamentos em sistemas e/ou práticas no processo de trabalho, práticas de educação permanente focais e contínuas, nos monitoramentos, e nas ações de apoio e diretriz nas construções dos processos de trabalho. (P4).

[...] orientar e direcionar as ações de saúde, para planejar ações futuras baseados no conhecimento do território, dos fluxos das redes, das demandas da população (incluindo demanda reprimida), falhas, limites e potencialidades dos serviços e determinantes/condicionantes de saúde no território, e reavaliar a oferta de saúde para a população. (P5).

Através das habilidades que os servidores trazem consigo que são aplicadas no cotidiano de trabalho e também através de treinamentos realizados e sobretudo com a troca de experiências entre os servidores. (P6).

5.2.2 Categoria 2 – Da lacuna ao potencial da Educação Permanente em Saúde

As UR que integram essa categoria dizem respeito à organização, à crítica e ao potencial da EPS na SRS.

○ *Educação Permanente em Saúde: uma grande lacuna*

Nos seguimentos a seguir é apresentada a organização da EPS na SRS:

Atualmente vejo a educação permanente em saúde na SRS mais por conta dos próprios servidores, que criam os espaços para discussão e trocas de experiências do que incentivada ou mesmo coordenada pelo estado. É fragmentada, mas temos acesso a muitas informações. (P5).

Não temos a instituição da política de educação permanente na SRS, há alguns anos tivemos algumas iniciativas que não foram adiante...ou seja, temos pouco espaço para Educação permanente, discussão de processos de trabalho e muito pouco sobre a própria política de saúde. (P6).

“Recebemos convites para participação de reuniões técnicas e capacitações organizadas pelo nível central.” (P10).

○ *UR: Educação Permanente em Saúde: auxílios/compartilhamentos/trocas de informações entre servidores/núcleos/setores*

Os seguintes extratos revelam a visão das participantes sobre a colaboração dos conhecimentos da SRS para a EPS.

Quando ocorrem de forma compartilhada entre núcleos ou EPGS's, amplia os olhares e propicia maior discussão, além de facilitar a aplicabilidade, do que é discutido, nos municípios. (P4).

Os diferentes atores envolvidos nos processos de trabalho, as diversas trocas de informação e o próprio acesso facilitado às informações em vários níveis colaboram para a EPS, porém não é organizada ou sistematizada. (P5).

Se tivéssemos o espaço para Educação permanente na SRS, acredito que poderíamos compartilhar nossos conhecimentos entre os servidores, minimizar os conflitos existentes, alinhar as nossas estratégias e discutir as políticas de saúde, e sermos menos alienados. (P6).

5.2.3 Categoria 3 – Gestão do Conhecimento e Superintendência Regional de Saúde

As UR dessa categoria apresentam a compreensão e percepção das participantes sobre GC e na SRS.

- *UR: Gestão do Conhecimento: compartilhamento dos conhecimentos; direcionamento dos processos formativos; padronização, qualificação e otimização das ações*

Os trechos abaixo expõem o entendimento de GC pelas participantes.

“[...] processo de criação, compartilhamento e informação de um grupo específico, com intuito de otimizar e melhorar o desempenho desse grupo.” (P6).

“Capacidade de unir os diversos saberes afim de colocar na prática o que for construído.” (P9).

“Administração do saber, direcionando e priorizando.” (P10).

- *UR: Capacitações, reuniões, trocas de informação: Gestão do Conhecimento na prática*

As falas das participantes fazem referência à presença da GC na SRS.

Os dados obtidos em monitoramentos/acompanhamentos, as informações discutidas em reuniões de equipe e intersetoriais, e as diversas trocas de informações que acontecem nos espaços de gestão, servem de base para as ações a serem executadas no território, para planejamento de ações e novas orientações e direcionamento aos atores que compõem a rede de saúde. (P5).

“Às vezes temos momentos para o compartilhamento de ideias para que possamos otimizar nossos processos de trabalho, mas nada bem estruturado e com orientações da SES/MG.” (P6).

“Há pouca gestão do conhecimento, uma vez que a setorização é predominante nos serviços públicos. Mas os repasses acontecem por meio de *e-mails* e processos via SEI.” (P8).

5.2.4 Categoria 4 – (In)compatibilidades entre Educação Permanente em Saúde e a Gestão do Conhecimento

A UR que constitui a categoria 4 evidencia as interrelações entre EPS e GC para as participantes.

- *UR: Educação Permanente em Saúde e a Gestão do Conhecimento são compatíveis e complementares, e a interação fragmentada e setorizada*

Nos seguintes fragmentos de falas, as participantes apontam as (in)compatibilidades percebidas entre EPS e GC na SRS.

“Para que haja uma Educação Permanente necessária, se faz que a Gestão de Conhecimento dentro de uma organização seja eficiente.” (P3).

“Dificultador, o compartilhamento do conhecimento, muitas vezes as informações são centralizadas, como se fossem materialização do "poder" ou status.” (P4).

Gestão do Conhecimento como uma ferramenta para alcançar uma Educação Permanente em Saúde de qualidade e realmente efetiva na utilização das informações para transformar os processos de trabalho. São compatíveis. (P5).

Penso que a Gestão do Conhecimento está mais relacionada a garantir melhores resultados para a empresa, podendo gerar competitividades e atritos entre os servidores. Já a Educação Permanente traria benefícios tanto aos trabalhadores quanto a empresa, visando não somente os resultados da empresa. (P6).

A seguir, apresenta-se a discussão dos resultados, conforme as categorias organizadas e suas respectivas UR.

6 DISCUSSÃO

Cogitando as ações formais e informais que se relacionam com a EPS e a GC na SRS, os resultados da categoria 1 propiciam que a compreensão das participantes sobre o conceito de conhecimento é base para análise. Afinal, o conhecimento está centralizado nas referências das atividades realizadas, nos entraves que permeiam a EPS e na compreensão sobre GC nessa instância.

O conhecimento é percebido pelas profissionais como as informações que são refletidas, portanto não só compreendidas como também passíveis de transformação. Interagem com os processos formativos, com as experiências/vivências, em momentos de apoio, compartilhamento e resolução de conflito entre os servidores. Atuam, também, na mobilização para a execução do trabalho, desde o planejamento à execução e articulação com os municípios.

No glossário publicado pelo MS específico sobre GC, a informação é referida como o núcleo do conhecimento, possibilitando a interação e compreensão de dados. O próprio conhecimento é entendido como a mediação da informação com as experiências e habilidades próprias em benefício da tomada de decisão. Além do mais, no contexto profissional, o conhecimento volta-se para a necessidade de execução do trabalho (BRASIL, 2003).

Em outra abordagem, Hirotaka e Takeuchi propõem a Teoria da Criação do Conhecimento: uma espiral dialética que sintetiza as contradições provenientes da interação entre pessoas e ambientes (como também a organização), a partir da conversão de quatro modos. São eles: a socialização, externalização, combinação e internalização. Desse modo, o conhecimento tácito é fomentado nos indivíduos a partir da interação compartilhada do cotidiano que, ao ser racionalizada pelo sujeito para partilha com o grupo, materializa-se em conhecimento explícito. O conhecimento explícito (também interorganizacional) é passível de ser sistematizado na organização e aplicado pelos indivíduos nas tarefas, defrontando com novas transformações e possibilidades de conversão em conhecimento tácito (TAKEUCHI; NONAKA, 2008).

A interação entre os conhecimentos interorganizacionais e sua aplicação na gestão da rede de saúde regional destacam, na referência das participantes, a mobilização dos conhecimentos na SRS. Semelhante ao indicado nos incisos I e IV do artigo 2.º da resolução SES/MG n.º 7.076 de 2020, de que tratam respectivamente das atribuições que as URS possuem no gerenciamento da rede de saúde regional e

no fortalecimento da identidade regional com os municípios, as ações realizadas na SRS aparentam derivar das particularidades e demandas de cada município para concretização da regionalização pela SRS (MINAS GERAIS, 2020b). Ainda que o Plano Estadual de Gestão do Conhecimento de Minas Gerais não tenha sido mencionado pelas participantes, é relevante destacar que o inciso III do artigo 2.º também estabelece como diretriz a promoção de uma cultura de colaboração, com horizontalidade e compartilhamento de informações (BATISTA *et al.*, 2015).

O debruçar sobre a relevância do compartilhamento do conhecimento é reconhecido também na literatura por ser um dos fatores ou atividades centrais na concretude da GC. O ato de compartilhar é intencional dos indivíduos, mas igualmente dependente das condições do ambiente organizacional (como a cultura, organização) e também de recursos tecnológicos. Ainda que as TICs sejam usualmente utilizadas e favoreçam essa ação, a relação direta entre os profissionais é primordial (BATISTA, 2012; SHAHMORADI *et al.*, 2017; WONS *et al.*, 2018).

Complementando a reflexão sobre a interação de profissionais, Emerson Merhy (2015), ao discutir EPS em movimento, traz a potência dos conhecimentos construídos coletivamente como processos formativos no cotidiano de trabalho, mediante a experiência do indivíduo e/com a experiência do outro. Entretanto, ele aponta que os movimentos não precisam de intencionalidade, mas que a intenção potencializa a ação transformadora do trabalho (MERHY, 2015).

Considerando que o trabalho em saúde é permeado por tensionamentos históricos, políticos, econômicos, territoriais e de produção da saúde, Laura Feuerwerker (2021) atenta-se para uma aparente padronização das instâncias de gestão em saúde, devido ao trabalho formal a ser desenvolvido. Todavia, tensionamentos estão presentes e caracterizam campos de forças de subjetivação. Esses processos de subjetivação transitam e são continuamente construídos, perpassando os espaços de poder, as disputas, os significados e sentidos presentes no trabalho (FEUERWERKER, 2021).

É possível traçar um paralelo com a definição das participantes sobre conhecimento e a aplicação no trabalho desempenhado na SRS, mencionando em destaque os momentos de partilha, mesmo os momentos não sistematizados, como fundamentais na relação dos conhecimentos presentes na SRS e no vínculo com os municípios. As relações indicadas revelam a complexidade do conhecimento no cotidiano da SRS, referenciado na intenção, ao articular o uso dos conhecimentos nas

ações a serem desenvolvidas; na percepção do envolvimento dos conhecimentos com aspectos macros; no uso dos conhecimentos; e na resolução de problemas. O conhecimento possui um alcance não restrito ao de uma ferramenta ou recurso que se finda quando não ativamente utilizado, como no reflexo às vivências e experiências decorrentes do trabalho.

Assim, as trajetórias dos conhecimentos na SRS em estudo articulam em ambientes do individual ao interorganizacional, favorecendo o potencial para criação de novos conhecimentos, transformação dos indivíduos, modificação da estrutura organizacional e dos próprios ambientes. Porém, ainda se mostra necessária maior compreensão do alcance e aspectos das transformações ocorridas ao longo do tempo, das possibilidades de sistematização dos conhecimentos nessa instância, além da interrelação com a identidade regional desse território. Apesar de identificado pelas participantes o enfoque dos conhecimentos na formação dos trabalhadores na SRS, na categoria seguinte amplia-se essa discussão ao relacionar a incorporação da EPS nessa instância.

O encontro entre sujeitos (trabalhadores de saúde e usuários) com reconhecimento, problematização e troca é basilar na EPS (CARVALHO; MERHY; SOUSA, 2019). Ainda assim, ao descreverem a organização da EPS na SRS, indicadas na categoria 2 desse estudo, as servidoras apontam críticas, referenciando-a enquanto uma lacuna pela falta de estrutura, incentivo e circunstância onde as práticas são realizadas. Indicam enquanto afinidade a origem da grande lacuna, a gestão da EPS e a articulação intersetorial, nos limites do planejamento e organização das ações, expressa no envolvimento da SES/MG com a EPS na SRS, bem como na articulação das ações com as demandas do trabalho ao envolver os setores da SRS. Em tempo que potencializam a EPS por favorecer o acesso, a troca e integração entre os servidores.

Dialogando com o que foi evidenciado nas oficinas regionais de debate sobre a PNEPS em 2017–2018 (apresentado anteriormente), a implementação da política é complexa e multicausal. Ao menos cinco das sete categorias denominadas “áreas-problema” estão diretamente referenciadas, com a ressalva de que as oficinas ocorreram nas diversas regiões do país, não somente na instância de realização da presente pesquisa (GONÇALVES *et al.*, 2019). Infere-se que a compreensão e o modelo de EPS presentes na SRS expressam-se no agir da gestão da EPS, no

acompanhamento das ações e, em extensão, nas relações da SRS com o território, com as demais instâncias descentralizadas de gestão e com a SES/MG.

Em se tratando da interface gestão, em análise aos PEEPS brasileiros, observa-se que, além da centralidade do caráter educativo ser universal, no Sudeste o componente político-gerencial ainda é pouco explorado. No plano de MG, o fortalecimento da EPS como estratégia de gestão precisa de maior integração, visando o planejamento e a descentralização das ações, com vistas a aumentar a eficiência e eficácia⁴⁹ no serviço público (MATOS; SANTOS; VIEIRA, 2021).

Em estudo com 24 profissionais e gestores de saúde da Rede de Atenção Psicossocial da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre, sobre *como* e em que *espaços* é possível promover EPS, percebe-se que a impermanência da relação *espaços-como* na prática da EPS. Ou seja, a EPS se realiza diferente em ambientes distintos e, também, modifica-se em um mesmo espaço, fomenta um cotidiano de trabalho vivo e continuamente transformador (LEITE; ROCHA, 2017).

Em complemento, a partir de pesquisas realizadas ao nível das Secretarias Municipais de Saúde de MG, percebe-se que as práticas de EPS podem ser observadas por seu potencial qualificador quanto às ações e serviços prestados e à fomentação da contínua problematização do serviço pelos trabalhadores de saúde. Ainda que seja incipiente a sistematização e a indicação de ações de treinamento ou capacitações como representativas da EPS, é necessário exceder o caráter julgador para reconhecer que: a proposta da PNEPS é de rompimento, transformação e reconstrução ativa dos processos de trabalho no SUS, em processo de confronto histórico e social, portanto, dialético e intrínseco ao contexto local (SENA *et al.*, 2017; SILVA; MATOS; FRANÇA, 2017).

Simultaneamente, há críticas sobre o modo em que EPS acontece na SRS, percebido nas apreciações sobre ações pontuais, esporádicas e desarticuladas dos setores. Mesmo que não haja consenso sobre onde deva ser desenvolvida, valorizando reuniões, capacitações e espaços virtuais, releva-se o que se espera impulsionado com a efetivação da EPS. Isto é, oportunidade de compartilhamento, escuta, troca e envolvimento entre os servidores de diferentes setores da instância para aprimoramento da gestão do trabalho.

⁴⁹ Por eficácia no serviço público, compreende-se o cumprimento do trabalho em prol da cidadania. E eficiência, enquanto resolutividade satisfatória as demandas da sociedade (BRASIL, 2012a).

Para além da não existência de consenso sobre EPS entre as participantes e/ou menção à PNEPS/PEEPS, atenta-se para a influência com que as compreensões se articulam com a organização e efetivação da EPS na SRS, em contexto da ausência de PREPS e PAREPS no estado de MG. São instrumentos que, em suas funções, preveem compreensão, planejamento e direcionamento das ações de EPS conforme a região de saúde, e podem incidir na articulação dos componentes educativo e político-gerencial.

Importa destacar que não se tem pretensão de limitar a discussão da gestão em saúde na EPS na GC. Esse aspecto sobleva ampliar o destaque e a valorização do quadrilátero da EPS e das instâncias de condução no estado, sobretudo nas URS e na dimensão da articulação estadual, visando o estímulo à construção de PREPS e PAREPS. Parte-se da reflexão sobre a EPS na SRS, para concentrar na GC sob a perspectiva dos achados. Deve-se retomar a aprovação em 2012 da Política de Gestão do Conhecimento em MG (BATISTA *et al.*, 2015), que contou com a participação da SES/MG, devido a seus resultados e por desconhecimento de novas publicações do governo mineiro a respeito dessa temática. Intenciona-se não somente questionar a situação, como também resgatar o que já é de conhecimento do estado.

No referente plano mineiro, dentre as diretrizes, o “aprendizado organizacional contínuo”, a “cultura de colaboração”, a “adoção de métodos participativos” para monitoramento dos resultados, já constam como estruturantes para a GC (BATISTA *et al.*, 2015). E trabalhos de Jannuzzi, Falsarella e Sugahara (2016) e Frogeri *et al.* (2019) também contribuem para incitar a GC, a construção e institucionalização dos conhecimentos e, no caso dessas publicações, a AO.

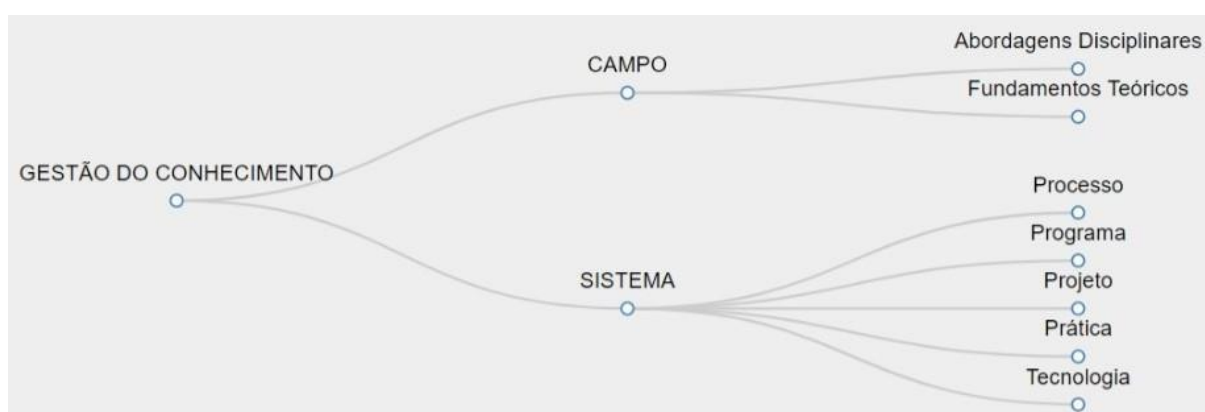
Em questionamento às participantes sobre o que se entende enquanto GC, na categoria 3, percebe-se que o compartilhamento de conhecimentos também se destaca. A GC, dessa forma, por intermédio do compartilhamento do conhecimento, apoia os processos formativos e a mobilização dos saberes, para alinhar, otimizar e qualificar as ações do trabalho. Nesse momento, não se indica diretamente a EPS, mas a organização dos processos formativos/educacionais e ampliação do próprio conhecimento.

Percebe-se a intrínseca relação entre as compreensões de conhecimento e a GC, em destaque a troca entre sujeitos como basilar, a relação com a formação dos profissionais e o direcionamento em benefício do trabalho. Todavia, a GC é indicada como um recurso ou ação que se utiliza dos conhecimentos.

Conforme abordado no referencial teórico, não existe uma única compreensão do que seja GC. Realiza-se, neste trabalho, uma aproximação de compreensões considerando o cenário estudado. Assim, é preciso considerar que a GC é temporalmente influenciada por perspectivas teóricas-filosófico-metodológicas distintas que norteiam a concepção de GC a depender do país ou contexto de aplicação (TESGERA; SINGH, 2021).

O IPEA realizou uma sistematização denominada “taxonomia-de-base-em-conceito”, disponível estruturalmente no Observatório de Gestão do Conhecimento, dispondo o domínio da GC em dois grandes grupos: Campo Científico e Sistema de Gestão, conforme demonstra a Figura 7 abaixo (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2021; XAVIER, 2020):

Figura 7 – Taxonomia de gestão do conhecimento.



Fonte: INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2021; XAVIER, 2020.

Destaca-se que conceitos como cultura organizacional e aprendizado organizacional encontram-se nos domínios da Administração e Gestão de Pessoas, respectivamente incluídos no item Abordagens Disciplinares. Ademais, o grupo Sistema de Gestão baseia-se na *International Organization for Standardization (ISO) 30401 de 2018*,⁵⁰ que inclui conceitos como o Ciclo PDCA,⁵¹ no item Projeto, Assistência de colegas e Educação corporativa, no item Prática (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2021; XAVIER, 2020).

Em publicação própria sobre o tema, o MS define a GC como a coordenação do ciclo do conhecimento para expandir e dispor do conhecimento e da criatividade

⁵⁰ Define os Requisitos de Sistemas de Gestão do Conhecimento.

⁵¹ Ciclo P(*Plan*)D(*Do*)C(*Check*)A(*Action*), base para o Ciclo KDCA (BATISTA, 2012).

dos indivíduos, bem como da competitividade (BRASIL, 2003). Para além do conhecimento do conceito de GC, é necessário retomar que a compreensão da função e o modo de execução são indissociáveis. No levantamento do IPEA de 2015, a respeito da externalização e formalização da GC no Executivo Federal Brasileiro, nas organizações do grupo intermediário, tais como o MS, observou-se dificuldade de identificar os objetivos da GC na organização e nas ações de curto e longo prazo (BATISTA, 2015).

Batista (2012) argumenta sobre a necessidade de orientar a GC na administração pública por modelos próprios, atendendo a necessidade das organizações públicas de proverem resultados imediatos para os servidores e finais. A centralidade “do cidadão-usuário e a sociedade” na GC demanda articulação de conhecimentos interorganizacionais, aos quais se articulam os objetivos da Política de Gestão do Conhecimento de Minas Gerais em aperfeiçoar o serviço prestado à sociedade (BATISTA *et al.*, 2015, p.7).

Nesse movimento realizado em MG, foi possível constatar o avanço na cultura do compartilhamento e a adesão no discurso dos servidores da GC. Naquele período, a iniciativa de elaboração da Política de Gestão do Conhecimento de Minas Gerais estava atrelada ao Plano Estratégico de Gestão do Conhecimento da Administração Direta, Autárquica e Fundacional do Poder Executivo Estadual. Estava atrelada também à proposta de elaboração dos Planos Estratégicos dos órgãos da Administração Direta, Autárquica e Fundacional do Poder Executivo Estadual, que inclui a SES/MG (BATISTA *et al.*, 2015).

Tal qual a reflexão realizada sobre a organização da EPS na SRS, o abordar da GC percebida na SRS aponta uma aproximação dos *espaços-como*, no perpassar aos *espaços* de formação e na intenção do compartilhamento e da troca. Todavia, aspectos inerentes da gestão são acrescidos aos *espaços*, como o planejamento, a execução e o monitoramento das ações. Igualmente à EPS, o *como* imerge na crítica da percepção do cotidiano, demonstrado na insuficiência da “estrutura” para ações compartilhadas e na demanda por constância na articulação partilhada entre os setores da SRS (LEITE; ROCHA, 2017).

Para além dos *espaços-como* (LEITE; ROCHA, 2017), percebe-se a relevância da associação do *para*. Como já indicado, a GC na administração pública é uma ferramenta *para* o trabalho, realizado *para* uma sociedade, um território e/ou comunidade, e o resultado *para* o grupo (no caso entre os servidores dos setores da

SRS) é indicado (e essencial) e até estendido para as “conexões” com os municípios do território. Contudo, parece dissipar a partir de então.

Observa-se que o significado de GC exposto pelas participantes se aproxima de uma concepção de GC como ferramenta/instrumento, orientada para o cotidiano de trabalho intraorganizacional — visando as ações a serem realizadas e o aprendizado no trabalho —, não associada a uma estratégia ou plano de execução. A relevância que o aprendizado emerge também na GC instiga a considerar o potencial de construção e desenvolvimento que as participantes possuem e podem fomentar.

Pondera-se a semelhança entre as exposições sobre EPS e GC na SRS, instância inserida em um estado com políticas instituídas a partir dessa localidade, onde as participantes não mencionam essa existência. Portanto, a implementação não imerge nos achados, suscitando questionamentos sobre a relação dos trabalhadores de saúde mineiros com as políticas estaduais; os tipos-origens de conhecimentos mobilizados no cotidiano de trabalho; o vínculo — ao menos discursivo — com o aspecto educativo em detrimento dos demais; e a construção cotidiana do trabalho de gestão em saúde.

Apesar da ausência de menção pelas participantes à política mineira de GC, ao menos três servidoras atuam na URS desde 2008, data que coincide com a época de articulação da política entre 2011 e 2012. Isso nos incita a questionar, para posterior investigação com servidoras do período, sobre a articulação dessa política na URS e a origem das influências na concepção de GC que possuem.

A articulação entre EPS e GC foi realizada em questionamento às participantes a partir dos termos e da prática na SRS, com destaque para a percepção das (in)compatibilidades, organizada na categoria 4. Dos resultados dessa categoria, observa-se que as compatibilidades se centram na convicção da complementaridade, em que a GC pode ser um facilitador da EPS, no âmbito educativo da EPS e na mobilização de informações e conhecimentos para o trabalho. No ato, indicam-se as incompatibilidades, o permear do conhecimento centralizado e fragmentado entre os setores e a possibilidade de o conhecimento ser utilizado para fomentar a competitividade e poder em prol de alguns trabalhadores.

Se as compatibilidades destacam interação da GC e da EPS por vínculos como o aprendizado e mobilização de conhecimentos, é preciso refletir as concepções de aprendizado que norteiam a GC. Particularmente, considerando a política elaborada no estado de MG.

Da perspectiva da legislação em PNEPS, relembra-se que a gestão em saúde é incluída na repactuação das ações de educação na saúde prevista, mediante uma gestão colegiada e compartilhada enquanto modo condutor locorregional. Para tanto, pressupõe-se a coparticipação do quadrilátero da EPS como sujeitos que debatem, modificam, transformam e que, portanto, também promovem a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores (BRASIL, 2004).

Na Política de Gestão do Conhecimento de Minas Gerais e no modelo de sua origem, indicam-se como parte do processo: o aprendizado e a inovação individual, das equipes, o aspecto organizacional e o “[...] aumento da capacidade social”, além da adoção de medidas participativas para condução do processo de GC (BATISTA, 2012, p. 68; BATISTA *et al.*, 2015).

Tem-se que os resultados objetivos guiam-se a partir dessa capacidade de aprendizado e inovação, para os servidores no uso das informações e do conhecimento na tomada de decisão, nas relações interpessoais e prestação do serviço. O aperfeiçoamento dos processos internos favorece a gestão pública mais transparente, qualificada e de interesse da sociedade (BATISTA, 2012; BATISTA *et al.*, 2015).

Ainda que não se tenha uma indicação do referencial conceitual de aprendizagem no MGCAPB, em seu glossário indica-se a Educação Corporativa como “processos de educação continuada” centrados na atualização. Também informa meios de implementação, como a “universidade corporativa⁵² e sistemas de ensino à distância” (BATISTA, 2012, p. 78).

Contudo, no texto do MGCAPB é recorrente o uso de “aprendizagem”. Apesar de não definirem esse termo na publicação de glossário do MS sobre GC, Educação Corporativa compartilha da compreensão anterior e diferencia-se de AO por entendê-la como uma capacidade de “reter e utilizar conhecimento disponíveis no ambiente organizacional” (BRASIL, 2003, p. 11).

O estudo de Moscardini e Klein (2015), que explora a Educação Corporativa e a AO, oportuniza grandes reflexões sobre as temáticas. Utiliza-se, principalmente, como referencial para Educação Corporativa, Jeanne C. Meister (1999-2004); e, para AO, a abordagem de Mary M. Crossan, Henry W. Lane, Roderick E. White (1999). Em

⁵² Compreende a “[...] unidade organizacional dedicada a promover a aprendizagem ativa e contínua dos colaboradores da organização. [...] visam desenvolver tanto comportamentos, atitudes e conhecimentos [...] como habilidades técnicas” (BATISTA, 2012, p. 83).

reflexão a partir desses referenciais, as autoras apontam a Educação Corporativa como um processo que envolve a Gestão do Conhecimento, Gestão por Competências e Aprendizagem Organizacional, que objetiva o desenvolvimento de competências, em prol da organização/empresa, e utiliza-se de ações/estratégias que podem favorecer a AO em diferentes dimensões (MOSCARDINI; KLEIN, 2015).

A Educação Corporativa e a AO não são estáticas e pontuais, mas articulam-se à cultura de aprendizagem, aos objetivos da organização e à concepção epistemológica-pedagógica utilizada (MOSCARDINI; KLEIN, 2015). As autoras enfatizam o favorecimento da institucionalização do conhecimento para a organização/empresa ao priorizar estratégias de Educação Corporativa complexas, que superam do aprendizado organizacional individual para o aprendizado em grupo, ainda que mais dificultosas de serem avaliadas (com indicadores quantitativos e qualitativos). Essas estratégias estão vinculadas à prática do trabalho e à resolução de problemas/projetos (não desmerecem estratégias “tradicionais” — “[...] treinamento e transferência de conteúdos [...]”; porém, questiona-se a efetividade para o desenvolvimento de competências quando utilizadas unicamente, inclusive em plataformas de Educação à Distância) (MOSCARDINI; KLEIN, 2015, p. 98).

Observa-se, portanto, que a compreensão de Moscardini e Klein (2015) amplia a concepção de Educação Corporativa e AO, em relação a do MGCAPB e do glossário do MS. Todavia, no MGCAPB, também se admite práticas de GC que favorecem a interrelação entre trabalhadores. Além disso, é fundamental apontar que Moscardini e Klein (2015) analisam a partir de um sentido de organizações/empresas privadas, centradas na disputa de mercado em prol do lucro.

Deve-se levar em conta as distinções conceituais entre AO e Educação Corporativa, que a princípio não são antagônicas e alinham-se ao modelo ou compreensão de GC a ser adotado, o vínculo entre educação na saúde e a síntese dos conhecimentos oriundos dos resultados. É crucial que esses conceitos sejam norteadores de políticas públicas e basilares para as ações do trabalho, como propõe a PNEPS. Portanto, deve ser elaborada uma compreensão coerente de educação na saúde quanto a modelos de GC para administração pública de saúde.

Dessa forma, ao retomar a Política de Gestão do Conhecimento de Minas Gerais, é necessário investigar se o elo com o MGCAPB estende à percepção sobre Educação Corporativa e AO, dada a importância da indicação de desenvolvimento de planos setoriais de GC, como na SES/MG. À vista disso, percebe-se a necessidade

não somente de discutir a incorporação de GC na gestão em saúde pública, mas de se contemplar perspectivas e concepções epistemológicas-pedagógicas congruentes com demais políticas públicas anteriormente adotadas, como a PNEPS.

Assim, é primordial não distanciar da essência da EPS de incitar sujeitos críticos, transformadores e participativos, que se alinham a perspectivas pedagógicas. Porém, supera-se estritamente a definição de ações de formação no trabalho (sejam elas tradicionais ou não), bem como a construção coletiva com os trabalhadores e o desenvolvimento de determinadas competências para atender metas e objetivos externos, alheios ao território, à sociedade e à percepção.

Partindo dessa reflexão, retoma-se os achados a partir da indicação das incompatibilidades ou dificultadores entre as temáticas. Evidencia-se que, para as participantes, as incompatibilidades envolvem a fragmentação e setorização das informações na SRS e a possibilidade de o conhecimento ser instrumento de poder e competitividade entre os trabalhadores.

Os aspectos mencionados podem (e devem) ser compreendidos individualmente e em articulação, retomando o título da presente dissertação: as (in)compatibilidades. Ou seja, somente no dinamismo se é possível encontrar as relações da EPS e GC. Concebidas de aproximações e distanciamentos, de limites e potencialidades, expressam o cotidiano do trabalho em saúde, como também facilitam a compreensão de que pensar em estratégias de GC que agregam a EPS necessita não somente agir sobre as dificuldades percebidas como se orientar para o constante estranhamento e fluxo de conhecimentos.

O reconhecimento imperativo do movimento na EPS, discutido por Merhy e Gomes (2016, p. 71), é pontuado como a ser superado nas políticas públicas e constituintes de “modos de inteligências em rede”. Tal quadro se alinha ao que Takeuchi e Nonaka (2008), ao proporem sua Teoria de Criação do Conhecimento, mediante o modelo SECI, entendem como uma espiral dialética entre as contradições provenientes da relação entre pessoas, de uma mesma organização ou não, e o ambiente.

Prevê que a criação do conhecimento ocorra em um contexto — “tempo, espaço e relacionamentos” específicos, compartilhados e em movimento —, entendido como um “lugar” denominado “ba”. Podendo ser um espaço físico, virtual e/ou existencial, em que seja possível estabelecer relações que não somente criam conhecimento, como também compartilham contextos, significados e movimentos,

inclusive com outros “ba” (TAKEUCHI; NONAKA, 2008, p. 99). Contudo, em parte ao contexto indicado pelas participantes, faz-se não somente atentar ao potencial de “ba” na SRS, como refletir sobre dois conceitos correlacionados: o Clima Organizacional e a Cultura Organizacional. O fenômeno Clima Organizacional é a percepção dos trabalhadores sobre a organização em que atuam, conforme os aspectos do local, a satisfação proporcionada no trabalho e a influência sobre o comportamento das pessoas, passível de modificar temporalmente (LUZ, 2003).

Em estudo de caso sobre o Clima Organizacional em diferentes setores da Administração Direta do Governo de Minas Gerais, incluindo 7322 servidores da SES/MG, os achados da pesquisa indicam a complexidade individual (e subjetiva) e coletiva do fenômeno. Coincidem com o que foi apontado no ponto em que é necessário ampliar: o estímulo à cooperação nas relações de trabalho; o reconhecimento e a participação dos servidores, inclusive nas decisões; a autonomia e as formas de avaliação do trabalho. Entretanto, a estrutura, o ambiente físico, a identificação com a instituição e as perspectivas na instituição obtiveram avaliações medianas para positivas, demonstrando o potencial da SES/MG e de seus servidores (SILVA *et al.*, 2021).

Por sua vez, Cultura Organizacional pode ser compreendida como a “personalidade” da organização. É um fenômeno atrelado à história e a um conjunto de fatores que constituem e diferenciam uma organização de outra, ainda que sofram influência da cultura do território e da sociedade. Relaciona-se com o modo de trabalho organizado e desenvolvido, com quem são e como se vinculam os trabalhadores (LUZ, 2003).

Ao retomar os achados indicados como incompatibilidades entre GC e EPS, é expressivo que a consciência de que o Clima Organizacional é modificável por fatores individuais aos servidores, externos a SRS e internos — como a Cultura Organizacional (e subculturas de setores/grupos). Isso direciona a pensar que as perspectivas que se apresentam podem se beneficiar de um modelo de GC para administração pública em saúde, que reflita a PNEPS e siga a construção de planos de EPS e GC territoriais associados, como possibilidade para apropriação da EPS com ênfase na gestão em saúde.

Ao centralizar os trabalhadores, não se deve perder de vista a consciência e a discussão dos atravessamentos institucionais, territoriais, sociais e outros, bem como os objetivos e finalidades de um modelo próprio de GC para administração

pública em saúde. Não se deve direcionar e capturar o potencial de “ba” da SRS como mais uma possibilidade de instrumento/agência para institucionalizar e implementar políticas públicas, ainda que estabelecidas de modo “compartilhado e participativo”, limitadas a competição ou equiparação aos moldes da administração privada (seja no setor saúde ou não).

O compromisso e o potencial do trabalho da SRS e dos servidores não podem ser simplificados, comparados ou estereotipados. A capacidade de mobilidade, reinvenção e resistência, é reflexo da relação dialética que o SUS estabelece há mais de 30 anos no Brasil, sendo visível a bagagem intelectual-experiencial das participantes com o seu trabalho e a SRS.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolver da presente pesquisa, em meio à pandemia por COVID-19, foi determinante para adaptações temporais e metodológicas realizadas. A pesquisa esteve inserida em momentos de apreensão e incertezas sobre os riscos da pandemia na minha vida, dos meus familiares e amigos. E, também das participantes, que compartilhando esse momento atípico da sociedade, despuseram-se a participar da pesquisa, envolvidas profissionalmente em um contexto de alta exigência e demanda.

A inquietação que partiu da educação na saúde e apreendeu a gestão em saúde, no avançar da pesquisa, demandou também explorar o campo da ciência da Administração por meio de seus vínculos com a saúde, contribuindo para um processo de pesquisa-aprendizagem contínuo. Assim, é possível compreender, a partir da SRS, que entre a EPS e a GC existem (in)compatibilidades. Não é suficiente para a complexidade que se apresentou localizar apenas compatibilidades e/ou incompatibilidades. No entendimento que as percepções críticas e usos dos conhecimentos (sejam tácitos e/ou explícitos) são possibilidades, também podem, na prática, serem empregados como restrições.

Dessa forma, é possível destacar que os movimentos fragmentados dos conhecimentos entre trabalhadores, setores e/ou instituições, para uso da centralização de poder e fomento da competitividade, contrastam os preceitos da EPS e o potencial da GC na gestão pública. Favorecem, ainda, a EPS através da GC, nos espaços de compartilhamento e troca de conhecimentos entre os trabalhadores de saúde, agregando aos processos educativos e às condutas do trabalho.

Ponderar sobre ações a partir da GC como agregadora da EPS é considerar a construção e implementação, centralizada nos trabalhadores de saúde, de planos regionais de EPS e GC. Devem estar alinhados conceitualmente e comprometidos com o território, com as diversas conformações possíveis a partir do cotidiano, como possibilidade para nortear o planejamento, a execução e a avaliação do trabalho.

Na relevância e potência da EPS, os resultados compreendem a significância do encontro e a aspiração das participantes por uma sistematização que a EPS pode nortear. Entendida como construção compartilhada do cotidiano e ação sobre os problemas, sua infinitude estende-se à articulação com estratégias/ferramentas, tais como a GC. Ainda que originalmente não seja própria da área da saúde, é passível de ser repensada, modificada e articulada permanentemente, atuando como

instrumento de transformação contínua das práticas em saúde daquele território e, também, dos instrumentos e métodos que mediam essas práticas.

Além disso, indica a pertinência de conhecer os tipos de conhecimentos e seus caminhos nos setores e serviços de saúde do SUS como possibilidade de contribuir para as ações do cotidiano de trabalho. Cumpre revisar, refletir e fortalecer o processo de criação, implementação, avaliação e controle das políticas públicas de saúde no estado de Minas Gerais, para que novas políticas sejam elaboradas em congruência e que não se dispersem na implementação. Torna-se indispensável posteriores pesquisas sobre a PEEPS de Minas Gerais, incluindo a elaboração de PAREPS e PREPS, além do aprofundamento das circunstâncias atuais do Plano Estadual de Gestão do Conhecimento de Minas Gerais e suas relações com a SES/MG.

Os trabalhadores de saúde conectados à gestão do SUS compartilhada e participativa, cientes dos problemas do território, oportunizam a adoção de conhecimentos e tecnologias não restritas às ciências da saúde para aperfeiçoar e qualificar o trabalho a ser realizado. Viabilizam, assim, novas investigações de modelos de GC para administração pública de saúde e suas implicações para SUS.

Os desafios encontrados estão articulados também ao contexto regional, estadual e nacional, atravessados por intenções políticas-econômicas, que refletem e operam social e historicamente. Demais estudos que contribuam para análise da descentralização e regionalização em Minas Gerais podem ampliar a compreensão sobre o processo de elaboração e implementação das políticas públicas de saúde no estado, implicando no planejamento das ações e dos serviços de saúde.

Estes resultados a curto prazo têm potencial para estimular a discussão sobre os diversos movimentos dos conhecimentos na região de saúde da SRS. Atenta-se para os reflexos que determinados fluxos provocam ao cotidiano, com possibilidade de mediação através de ferramentas e estratégias, adaptadas ou não do Plano Estadual de Gestão do Conhecimento de Minas Gerais. O objetivo é lidar com as dificuldades de compartilhamento dos conhecimentos e fortalecer os processos de trabalho interorganizacional, aproximando os municípios, outras URS e a SES/MG.

Em extensão, reconhecer o potencial da GC em apoio da EPS demanda fortalecimento das instâncias de condução da EPS no estado, para discutir e repensar o PEEPS e o Plano Estadual de Gestão do Conhecimento de Minas Gerais. Deve-se guiar compreensões e modos de EPS que perpassem as propriedades educativas-

políticas-gerenciais, conforme as regiões de saúde, a fim de potencializar a gestão em saúde pública e os objetivos previstos para o SUS em benefício da população.

Espera-se que esta investigação seja disposta à reflexão e crítica da sociedade, atendendo a defesa do SUS, de seus trabalhadores e da gestão pública em saúde, em especial as URS, que desempenham um trabalho essencial nas regiões de saúde de fortalecimento e parceria com os municípios do território.

REFERÊNCIAS

- ALI, N. *et al.* Knowledge management systems success in healthcare: Leadership matters. **International Journal of Medical Informatics**, [S. l.], v. 97, p. 331–340, 2017. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1386505616302532?via%3Dihub>. Acesso em: 29 nov. 2021.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BATISTA, F. F. **Gestão do Conhecimento na Administração Pública**: resultados da pesquisa IPEA 2014 – grau de externalização e formalização. Brasília, Rio de Janeiro: IPEA, 2015. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=24936:td-2066-gestao-do-conhecimento-na-administracao-publica-resultados-da-pesquisa-ipea-2014-grau-de-externalizacao-e-formalizacao&catid=344:2015&directory=1. Acesso em: 26 nov. 2021.
- BATISTA, F. F. **Gestão do Conhecimento na Administração Pública**: resultados da pesquisa IPEA 2014 – níveis de maturidade. Brasília, Rio de Janeiro: IPEA, 2016. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=27098. Acesso em: 26 nov. 2021.
- BATISTA, F. F. **Modelo de Gestão do Conhecimento para a Administração Pública Brasileira**: como implementar a gestão do conhecimento para produzir resultados em benefício do cidadão. Brasília: IPEA, 2012. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/754/1/Modelo%20de%20Gest%c3%a3o%20do%20Conhecimento%20para%20a%20Administra%c3%a7%c3%a3o%20P%c3%bablica%20Brasileira.%20Livro.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2021.
- BATISTA, F. F. *et al.* **Casos reais de implantação do Modelo de Gestão do Conhecimento para a Administração Pública Brasileira**: a experiência do governo de Minas Gerais. Brasília, Rio de Janeiro: IPEA, 2015. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=24502. Acesso em: 24 nov. 2021.
- BATISTA, F. F.; QUANDT, C. O. **Gestão do Conhecimento na Administração Pública**: resultados da pesquisa IPEA 2014 – práticas de Gestão do Conhecimento. Brasília, Rio de Janeiro: IPEA, 2015. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=26056. Acesso em: 26 nov. 2021.
- BEZERRA, M. M.; MEDEIROS, K. R. Limites do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): em foco, a gestão do trabalho e a educação na saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, p. 188–202, 2018. (Especial). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000600188&tlng=pt. Acesso em: 25 nov. 2021.

BORGES, F. A. *et al.* Analysis of professional implication as a tool of permanent education in health. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 27, p. e3189–e3189, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S0104-11692019000100370. Acesso em: 24 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cem palavras para gestão do conhecimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cem_palavras.pdf. Acesso em: 29 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_tematico_gestao_trabalho_educacao_saude_2ed.pdf. Acesso em: 24 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ofício Circular nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS**. Orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual. Brasília, DF: Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, 2021. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/images/Oficio_Circular_2_24fev2021.pdf. 29 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf. Acesso em: 23 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 198/GM em 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <https://saudelegis.saude.gov.br/saudelegis/secure/norma/listPublic.xhtml>. Acesso em: 25 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html. Acesso em: 25 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.194, de 28 de novembro de 2017**. Dispõe sobre o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde - PRO EPS-SUS. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3194_30_11_2017.html. Acesso em: 25 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Consolidado sobre o processo de implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018b. Disponível em:

<https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2018/dezembro/12/Relat--rio-Consolidado-sobre-o-processo-de-implementa---o-da-PNEPS--DEGES---SGTES--MS-2018-.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 24 nov. 2021.

BUCHAN, J.; DHILLON, I. S.; CAMPBELL, J. (Ed.). **Health employment and economic growth: an evidence base**. Geneva: World Health Organization, 2017. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326411>. Acesso em: 03 fev. 2022.

BUČKOVÁ, J. Knowledge Management in Public Administration Institutions. **Procedia Economics and Finance**, [S. l.], v. 34, n. 15, p. 390–395, 2015. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2212-5671\(15\)01645-7](https://doi.org/10.1016/S2212-5671(15)01645-7). Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2212567115016457>. Acesso em: 26 nov. 2021.

CARDOSO, M. L. M. *et al.* A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nas Escolas de Saúde Pública: reflexões a partir da prática. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1489–1500, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S1413-81232017002501489. Acesso em: 25 nov. 2021.

CARVALHO, A. L. B.; JESUS, W. L. A.; SENRA, I. M. V. B. Regionalização no SUS: processo de implementação, desafios e perspectivas na visão crítica de gestores do sistema. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1155–1164, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002401155&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 24 de nov. de 2021.

CARVALHO, M. S.; MERHY, E. E.; SOUSA, M. F. Repensando as políticas de Saúde no Brasil: Educação Permanente em Saúde centrada no encontro e no saber da experiência. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 23, p. 1–12, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832019000100285&tlng=pt. Acesso em: 29 nov. 2021.

CAVALCANTI, F. O. L.; GUIZARDI, F. L. Educação continuada ou permanente em saúde? Análise da produção Pan-Americana da Saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 99–122, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462018000100099. Acesso em: 25 nov. 2021.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41–65, 2004. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312004000100004&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 24 nov. 2021.

CICONE, P. A. *et al.* Gestão do Conhecimento em Organizações de Saúde: Revisão Sistemática de Literatura. **Saúde e Pesquisa**, Maringá, v. 8, n. 2, p. 379, 2015.

Disponível em:

<http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/3996>. Acesso em: 24 nov. 2021.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Apresentação**. Brasília, 2018. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/apresentacao-cns>. Acesso em: 25 nov. 2021.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Histórico**. Brasília, [20--]. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/16cns/index.html#tabs1-h>. Acesso em: 25 nov. 2021.

CORRÊA, F. A Gestão do Conhecimento Holística: delineamento teórico conceitual. **Perspectivas em Ciência da Informação**, Belo Horizonte, v. 24, n. 1, p. 122–146, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-99362019000100122&tlng=pt. Acesso em: 26 nov. 2021.

COSTA, J. J. S. A educação segundo Paulo Freire: uma primeira análise filosófica. **Theoria - Revista Eletrônica de Filosofia**, Pouso Alegre, v. 7, n. 18, p. 72–88, 2015. Disponível em: <https://www.theoria.com.br/edicao18/06182015RT.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2021.

CRUZ, A. C.; ALVES, M. Comissão intergestores regional em Minas Gerais: fatores que influenciam o processo decisório. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 257–270, 2019. Disponível em: <http://www.spell.org.br/documentos/ver/54907/comissao-intergestores-regional-em-minas-gerais--fatores-que-influenciam-o-processo-decisorio>. Acesso em: 25 nov. 2021.

CRUZ, Y. R.; CRESPO, A. C.; PEÑA, Z. R. Gestión documental, de información, del conocimiento e inteligencia organizacional: particularidades y convergencia para la toma de decisiones estratégicas. **Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud**, La Habana, v. 27, n. 2, p. 206–224, 2016. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2307-21132016000200007. Acesso em: 26 nov. 2021.

DANTE, G. P. La gestión del conocimiento desde las ciencias de la información: Responsabilidades y oportunidades. **Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud**, La Habana, v. 26, n. 3, p. 206–216, 2015. Disponível em: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84939619444&partnerID=40&md5=f02b9ef6acdf193f5575431611eae0d>. Acesso em: 24 nov. 2021.

DIAS, H. S.; LIMA, L. D.; TEIXEIRA, M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1613–1624, 2013. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000600013&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 29 nov. 2021.

DIAS, J. A. A.; DAVID, H. M. S. L.; VARGENS, O. M. C. Ciência, enfermagem e pensamento crítico - Reflexões Epistemológicas. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 10, p. 3669–3675, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11142>. Acesso em: 23 nov. 2021.

DOLNY, L. L. *et al.* Educação permanente em saúde (EPS) no processo de trabalho de equipes de saúde da família (ESF). **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 3, n. 1, p. 15–38, 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/5876>. Acesso em: 24 nov. 2021.

EGGERS, I.; SILVA, J. C. R.; OLIVEIRA, C. C. Gestão do Conhecimento e de processos na Administração Pública: relato de experiência e o conto sempre foi ASSIM. **Revista Interdisciplinar Científica Aplicada**, Blumenau, v.13, n.3, p. 20-38, 2019. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=aph&AN=139372212&lang=pt-br&site=ehost-live>. Acesso em: 26 nov. 2021.

FALKENBERG, M. B. *et al.* Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 847–852, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000300847&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 23 nov. 2021.

FERREIRA, J. *et al.* Managers' training as a strategy for strengthening regionalization of health. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 12, n. 4, p. 1179, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231285/28718>. Acesso em: 25 nov. 2021.

FERREIRA, L. *et al.* Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 120, p. 223–239, 2019. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5464/pdf_1. Acesso em: 24 nov. 2021.

FEUERWERKER, L. C. M. Trabajo y subjetividad: reflexiones a partir de la experiencia de enfrentar el COVID-19 en el Sistema Único de Salud de Brasil. **Salud Colectiva**, Buenos Aires, v. 17, p. e3356, 2021. Disponível em: <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/3356>. Acesso em: 29 nov. 2021.

FRANÇA, T. *et al.* A capilaridade da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil. In: CONGRESSO IBERO-AMERICANO EM INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA, 5., 2015, [S. l.]: **Investigação Qualitativa em Saúde**. [S.l.: s. n.], v. 2, p. 66–75, 2015. Disponível em:

<https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/738>. Acesso em: 25 nov. 2021.

FRANÇA, T. *et al.* Limites e possibilidades das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço: percepções dos gestores. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, p. 144–154, 2017a. (Especial). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41nspe3/0103-1104-sdeb-41-spe3-0144.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2021.

FRANÇA, T. *et al.* Política de Educação Permanente em Saúde no Brasil: a contribuição das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1817–1828, 2017b. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002601817&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 25 nov. 2021.

GAMBA, M. G. D.; ZAPATA, D. I. C. Relación entre liderazgo transformacional y transaccional con la conducta de compartir conocimiento en dos empresas de servicios. **Acta Colombiana de Psicología**, Bogotá, v. 18, n. 1, p. 135–147, 2015. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552015000100013. Acesso em: 29 nov. 2021.

GIGANTE, R. L.; CAMPOS, G. W. S. Política de formação e educação permanente em saúde no brasil: bases legais e referências teóricas. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 747–763, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462016000300747&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 23 nov. 2021.

GONÇALVES, C. B. *et al.* A retomada do processo de implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, p. 12–23, 2019. (Especial). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000500012. Acesso em: 24 nov. 2021.

GONZALEZ, R. V. D.; MARTINS, M. F. O Processo de Gestão do Conhecimento: uma pesquisa teórico-conceitual. **Gestão & Produção, São Carlos**, v. 24, n. 2, p. 248–265, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-530X2017000200248&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 26 nov. 2021.

GONZÁLEZ, V. M. Gestión del conocimiento y capital social: su relación en contextos universitarios. **Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud**, La Habana, v. 28, n. 3, p. 1–16, 2017. Disponível em: <https://www.medigraphic.com/pdfs/acimed/aci-2017/aci173f.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2021.

GONZÁLEZ, Y. P.; DANTE, G. P. Aproximación al conocimiento social como activo imprescindible para las sociedades. **Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud**, La Habana, v. 27, n. 3, p. 345–360, 2016. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2307-21132016000300007. Acesso em: 24 nov. 2021.

HELOU, A. R. H. A. **Avaliação da maturidade da gestão do conhecimento na Administração Pública**. 2015. Tese (Doutorado em Engenharia e Gestão do Conhecimento), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/157340>. Acesso em: 24 nov. 2021.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **O que é Gestão do Conhecimento?**. 2021. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/observatorio/index.php/produtos-servicos/o-que-e-gestao-de-conhecimentos>. Acesso em: 29 nov. 2021.

KARAMAT, J. *et al.* Promoting healthcare sustainability in developing countries: analysis of knowledge management drivers in public and private hospitals of Pakistan. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, [S. l.], v. 16, n. 3, p. 508, 2019. Disponível em: <http://www.mdpi.com/1660-4601/16/3/508>. Acesso em: 26 nov. 2021.

KROTH, D. C.; GUIMARÃES, R. R. M. Pacto pela Saúde: efeito do tempo na eficácia da gestão municipal. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 53, n. 6, p. 1138–1160, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122019000601138&tlng=pt. Acesso em: 25 nov. 2021.

LEBRATO, L. T. La gestión de información y la gestión del conocimiento. **Revista Archivo Médico de Camagüey**, Camagüey, v. 19, n. 2, p. 96–98, 2015. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552015000200002. Acesso em: 24 nov. 2021.

LEDO, M. J. V. *et al.* Propuestas de innovación para la gestión de información y el conocimiento en salud. **Revista Cubana de Salud Pública**, La Habana, v. 43, n. 4, p. 562–583, 2017. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662017000400562. Acesso em: 26 nov. 2021.

LEITE, C. M.; PINTO, I. C. M.; FAGUNDES, T. L. Q. Educação Permanente em Saúde: reprodução ou contra - hegemonia?. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, supl. 1, p. 1–15, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462020000400502&tlng=pt. Acesso em: 24 nov. 2021.

LEITE, L. S.; ROCHA, K. B. Educação Permanente em Saúde: Como e em que espaços se realiza na perspectiva dos profissionais de saúde de Porto Alegre. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 22, n. 2, p. 203–213, 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2017000200009. Acesso em: 29 nov. 2021.

LEMONS, C. L. S. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente?. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 913–922, 2016. Disponível em:

http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000300913. Acesso em: 25 nov. 2021.

LIMA, A. K.N. *et al.* Educação Permanente como dispositivo de gestão do sistema de saúde. *In: Política, Planejamento e Gestão em Saúde 3*. Ponta Grossa: Atena Editora, 2020. p. 130–143. (*E-book*). Disponível em: <https://www.atenaeditora.com.br/post-ebook/3452>. Acesso em: 23 nov. 2021.

LOPES, M. T. S. R.; LABEGALINI, C. M. G.; BALDISSERA, V. D. A. Educar para humanizar: o papel transformador da educação permanente na humanização da atenção básica. *Revista Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 25, p. 1–7, 2017. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/26278/24241>. Acesso em: 23 nov. 2021.

LUZ, R. S. **Gestão do Clima Organizacional**: proposta de critérios para metodologia de diagnóstico, mensuração e melhoria. Estudo de caso em organizações nacionais e multinacionais localizadas na cidade do Rio de Janeiro. 2003. Dissertação (mestrado em Sistemas de Gestão) - Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2003. Disponível em: <http://paginapessoal.utfpr.edu.br/leonardotonon/especializacao/arquivos-gerais/Aula%203%20-%20Dissertacao%20Ricardo%20Luz.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2021.

MACÊDO, N. B.; ALBUQUERQUE, P. C.; MEDEIROS, K. R. O desafio da implementação da educação permanente na gestão da educação na saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 379–401, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462014000200010&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 25 nov. 2021.

MAGRI, P. E. F. *et al.* Gestão do Conhecimento e Educação Interprofissional: um alinhamento possível. *In: SINGEP*, 8., 2020, [S. l.]: **Anais** [...]. [S. l.: s. n.], p. 1–11, 2020. Disponível em: <http://submissao.singep.org.br/8singep/arquivos/481.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2021.

MARINHO-ARAUJO, C. M.; ALMEIDA, L. S. Abordagem de competências, desenvolvimento humano e educação superior. **Psicologia**: teoria e pesquisa, Brasília, v. 32, p. 1–10, 2016. (Especial). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722016000500211&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 29 nov. 2021.

MATOS, M. C.; SANTOS, L.; VIEIRA, S. L. Análise das concepções de Educação Permanente em Planos Estaduais de Educação Permanente em Saúde. *In: VIEIRA, S. L. Gestão do Trabalho, Educação e Saúde*: desafios agudos e crônicos. Vol. 1. Guarujá, SP: Científica Digital, 2021. p. 93–109. Disponível em: <http://www.editoracientifica.org/articles/code/210202954>. Acesso em: 29 nov. 2021.

MEDINA, H. M. S.; YANG, Y.; PONJUÁN, D. T. Relación conceptual entre la gestión de la comunicación institucional y la gestión del conocimiento. *Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud*, La Habana, v. 27, n. 4, p. 568–580, 2016.

Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2307-21132016000400011. Acesso em: 24 nov. 2021.

MELLO, G. A.; DEMARZO, M.; VIANA, A. L. D. O conceito de regionalização do Sistema Único de Saúde e seu tempo histórico. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 1139–1150, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702019000401139&tlng=pt. Acesso em: 25 nov. 2021.

MELLO, G. A. *et al.* O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1291–1310, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002401291&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 29 nov. 2021.

MENICUCCI, T. M. G.; COSTA, L. A.; MACHADO, J. A. Pacto pela saúde: aproximações e colisões na arena federativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 29–40, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000100029&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 29 nov. 2021.

MERHY, E. E. Educação Permanente em Movimento - uma política de reconhecimento e cooperação, ativando os encontros do cotidiano no mundo do trabalho em saúde, questões para os gestores, trabalhadores e quem mais quiser se ver nisso. **Saúde em Redes**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 07–14, 2015. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/309/15>. Acesso em: 23 nov. 2021.

MERHY, E. E.; GOMES, L. B. Colaborações ao debate sobre a revisão da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. *In*: GOMES, L.B.; BARBORA, M. G.; FERLA, A. A. (coord.). **A Educação Permanente em Saúde e as Redes Colaborativas**: conexões para a produção de saberes e práticas. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016. P. 67–92. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/a-educacao-permanente-em-saude-e-as-redes-colaborativas-conexoes-para-a-producao-de-saberes-e-praticas-2/>. Acesso em: 04 fev. 2022.

MESQUITA, L. M. *et al.* Estratégias de Educação Permanente na Avaliação das Equipes de Saúde da Família: uma Revisão Sistemática. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 1, p. 1–9, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022020000100301&tlng=pt. Acesso em: 25 nov. 2021.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **A partir de 2020, PDR terá nova configuração**. Belo Horizonte, 2019a. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/component/gmg/story/11813-a-partir-de-2020-pdr-tera-nova-configuracao>. Acesso em: 29 nov. 2021.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **Ajuste do Plano Diretor de Regionalização de Saúde de Minas Gerais (PDR/MG)**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2020a. Disponível

em: https://saude.mg.gov.br/images/1_noticias/10_2020/2_out-nov-dez/28-10_PLANO-DIRETOR-DE-REGIONALIZACAO-DA-SAUDE-DE-MINAS-GERAIS_PDRMG.pdf. Acesso em: 25 nov. 2021.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **Comissão Intergestores Bipartite**. Belo Horizonte, [20--]. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/cib>. Acesso em: 25 nov. 2021.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.521, de 22 de julho de 2013**. Define as normas para a implementação da Política Estadual de Educação Permanente em Saúde no Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2013. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%201521%20-%20CIES.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2021.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.859, de 05 de dezembro de 2018**. Aprova o Plano Estadual de Educação Permanente. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2018a. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%202859%20-%20SUBSILS_SGP_DDP%20-%20Educac%C3%A3o%20%60Permanente%20%20CT-%20CIB%2004.12.2018%20B.pdf. Acesso em: 25 nov. 2021.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.013, de 23 de outubro de 2019**. Aprova o Ajuste/2019 do Plano Diretor de Regionalização PDR/SUS-MG e dá outras providências. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2019b. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%203013%20-%20Ajuste%20PDR%20-%20Novos%20C%C3%B3digos%20Anexo%20I.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2021.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **Resolução SES/MG nº 6.535, de 05 de dezembro de 2018**. Divulga o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2018b. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/RESOLU%C3%87%C3%83O_6535.pdf. Acesso em: 25 nov. 2021.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **Resolução SES/MG nº 7.076, de 03 de abril de 2020**. Dispõe sobre a organização dos processos de trabalho das Superintendências Regionais de Saúde (SRS) e Gerências Regionais de Saúde (GRS). Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2020b. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/RESOLU%C3%87%C3%83O%20>

[7076%20-%20PDF%20REPUBLICA%C3%87%C3%83O.pdf](#). Acesso em: 24 nov. 2021.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v. 5, n. 7, p. 01–12, 2017a. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82>. Acesso em: 26 nov. 2021.

MINAYO, M. C. S. Origen de los argumentos científicos que fundamentan la investigación cualitativa. **Salud Colectiva**, Buenos Aires, v. 13, n. 4, p. 561, 2017b. DOI: <https://doi.org/10.18294/sc.2017.942>. Disponível em: <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/942>. Acesso em: 26 nov. 2021.

MISHIMA, S. M. *et al.* Managers' perspective on continuous health education in a region of São Paulo State. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 4, p. 0665–0673, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n4/pt_0080-6234-reeusp-49-04-0665.pdf. Acesso em: 25 nov. 2021.

MOREIRA, L. M. C.; FERRÉ, F.; ANDRADE, E. I. G. Financiamento, descentralização e regionalização: transferências federais e as redes de atenção em Minas Gerais, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1245–1256, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002401245&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 25 nov. 2021.

MOSCARDINI, T.; KLEIN, A. Z. Estratégias de educação corporativa e suas relações com os diferentes níveis de aprendizagem organizacional. **Revista de Administração da UFSM**, Santa Maria, v. 7, n. 4, p. 89–102, 2015. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/2734/273441378006.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2021.

MUNIZ, V. C. Pontuação: uma questão prosódica, sintática, discursiva e semântica. **Pensares em Revista**, São Gonçalo, n. 8, p. 108–129, 2016. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/pensaresemrevista/article/view/30749>. Acesso em: 24 nov. 2021.

NIDECK, R. L. P.; QUEIROZ, P. P. Perspectivas para o ensino na saúde: do “apagão educacional” à política de educação permanente. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 159–180, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462015000100159. Acesso em: 23 nov. 2021.

NÚCLEO DE INFORMAÇÃO E COORDENAÇÃO DO PONTO BR. **Pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação nos domicílios brasileiros: TIC Domicílios 2020: edição COVID-19: metodologia adaptada**. São Paulo: Comitê Gestor da Internet no Brasil, 2021a. (E-book). Disponível em: https://cetic.br/media/docs/publicacoes/2/20211124201233/tic_domicilios_2020_livro_eletronico.pdf. Acesso em: 25 nov. 2021.

NÚCLEO DE INFORMAÇÃO E COORDENAÇÃO DO PONTO BR. **Pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação nos estabelecimentos de saúde brasileiros: TIC**

Saúde 2021: edição COVID-19: metodologia adaptada. São Paulo: Comitê Gestor da Internet no Brasil, 2021. b. (*E-book*). Disponível em:

https://cetic.br/media/docs/publicacoes/2/20211124123911/tic_saude_2021_livro_eletronico.pdf. Acesso em: 25 nov. 2021.

O'BRIEN, B. C. *et al.* Standards for Reporting Qualitative Research. **Academic Medicine**, [S. l.], v. 89, n. 9, p. 1245–1251, 2014. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24979285/>. Acesso em: 26 nov. 2021.

ORDOÑEZ, P. C.; GUZMÁ, G. D. B. La gestión del conocimiento en las secretarías de hacienda de los municipios de categoría 6. **Revista Logos, Ciencia & Tecnología**, Bogotá, v. 10, n. 1, p. 158–171, 2018. Disponível em:

<https://revistalogos.policia.edu.co:8443/index.php/rlct/article/view/407>. Acesso em: 29 nov. 2021.

OPAS. **Gestão do Conhecimento em Saúde no Brasil: avanços e perspectivas**. Brasília: OPAS, 2009. Disponível em:

<https://www.paho.org/bra/dmdocuments/Gestao-do-Conhecimento-WEB.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2021.

OPAS. **Quem somos - OPAS/OMS**. Brasília, [20--]. Disponível em:

<https://www.paho.org/pt/quem-somos>. Acesso em: 24 nov. 2021.

OUVERNEY, A. L. M. *et al.* Gestores municipais do Sistema Único de Saúde: perfil e perspectivas para o Ciclo de Gestão 2017-2020. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, p. 75–91, 2019. (Especial). Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019001200075&tlng=pt. Acesso em: 29 nov. 2021.

PEE, L. G.; KANKANHALLI, A. Interactions among factors influencing knowledge management in public-sector organizations: a resource-based view. **Government Information Quarterly**, [S. l.], v. 33, n. 1, p. 188–199, 2016. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0740624X1500074X?via%3Dihub>. Acesso em: 26 nov. 2021.

PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F (org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. Disponível em:

<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/iciict/25955/2/Livro%20EPSJV%20008871.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2021.

PINHEIRO, A. L. S. *et al.* Health management: the use of information systems and knowledge sharing for the decision making process. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 25, n. 3, p. e3440015–e3440015, 2016. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000300305. Acesso em: 24 nov. 2021.

PONTES-RIBEIRO, D. H. *et al.* Contribuições da plataforma Google nas práticas pedagógicas em torno da produção textual. **Revista Intersaberes**, [S. l.], v. 12, n. 26, p. 389–401, 2017.

RAMOS, N. K.; YAMAGUCHI, C. K.; COSTA, U. M. Tecnologia da informação e gestão do conhecimento: estratégia de competitividade nas organizações. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 6, n. 1, p. 144–161, 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/5830>. Acesso em: 25 nov. 2021.

REINHARDT, W. *et al.* Knowledge Worker Roles and Actions-Results of Two Empirical Studies. **Knowledge and Process Management**, [S. l.], v. 18, n. 3, p. 150–174, 2011. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1002/kpm.378>. Acesso em: 29 nov. 2021.

RIBEIRO, D. A. *et al.* Teorias de Administração nas instituições de saúde. **Revista UNINGÁ**, Maringá, v. 56, n. 2, p. 50–61, 2019. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/2753>. Acesso em: 24 nov. 2021.

RIBEIRO, D. K. *et al.* Educação Permanente em Saúde: relato de experiência do desenvolvimento de questionário avaliativo online. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [S. l.] v. 11, n. 18, p. e1644, 2019. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/1644>. Acesso em: 29 nov. 2021.

ROCHA, D. G.; GOUVEIA, L. B. Gestão do conhecimento, curadoria e produção de conteúdo para a educação a distância: relações conceituais. **Revista Gestão do Conhecimento e Tecnologia da Informação**, Brasília, v. 2, n. 1, p. 14, 2018. Disponível em: <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/RGCTI/article/view/10682>. Acesso em: 26 nov. 2021.

ROCHA, E. N.; LUCENA, A. F. Projeto Terapêutico Singular e Processo de Enfermagem em uma perspectiva de cuidado interdisciplinar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 39, p. e2017–0057, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngen/a/j44NB5YtJxShVzB85rJDKZr/?lang=pt#>. Acesso em: 25 nov. 2021.

RODRIGUES, T. M. Integração ensino-serviço e políticas de educação profissional em saúde: projeto larga escala e educação permanente em saúde. **Espaço para a Saúde**, [S. l.], v. 17, n. 1, p. 138, 2016. Disponível em: <http://espacoparasaude.fpp.edu.br/index.php/espacosaude/article/view/378>. Acesso em: 23 nov. 2021.

RODRIGUEZ, I. A.; MUNIZ JR, J.; MUNYON, T. A relação entre clima organizacional e gestão do conhecimento: uma revisão da literatura. **Revista Psicologia Organizações e Trabalho**, [S. l.], v. 18, n. 1, p. 316–325, 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572018000100006. Acesso em: 24 nov. 2021.

- SÁNCHEZ, O. R. *et al.* **TIC para o desenvolvimento sustentável. Recomendações de políticas públicas que garantem direitos.** [S. l.]: UNESCO, 2019. Disponível em: <https://www.nic.br/media/docs/publicacoes/8/14582020190716-tic-para-o-desenvolvimento-sustentavel.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2021.
- SANNA, M. C. Os processos de trabalho em Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 2, p. 221–224, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000200018&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 23 nov. 2021.
- SANTOS, L. Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo-sistêmico do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1281–1289, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002401281&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 25 nov. 2021.
- SANTOS, V.; BASTOS, R. C. Avaliação da maturidade da gestão do conhecimento na administração pública. **Perspectivas em Gestão & Conhecimento**, João Pessoa, v. 9, n. 1, p. 24–41, 2019. Disponível em: <http://www.periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/pgc/article/view/34020/22437>. Acesso em: 26 nov. 2021.
- SCHUELTER, G. **Modelo de educação a distância empregando ferramentas e técnicas de Gestão do Conhecimento.** Tese (Doutorado em Engenharia e Gestão do Conhecimento), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/94224>. Acesso em: 26 nov. 2021.
- SCORSOLINI-COMIN, F.; INOCENTE, D. F.; MIURA, I. K. Aprendizagem organizacional e gestão do conhecimento: Pautas para a gestão de pessoas. **Revista Brasileira de Orientação Profissional**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 227–239, 2011. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1679-33902011000200010&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 26 nov. 2021.
- SENA, R. R. *et al.* Educação permanente nos serviços de saúde: atividades educativas desenvolvidas no estado de Minas Gerais, Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 38, n. 2, p. e64031–e64031, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000200407&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 25 nov. 2021.
- SHAHMORADI, L. *et al.* Knowledge Sharing as a Powerful Base for Management. **The Health Care Manager**, [S. l.], v. 36, n. 2, p. 176–183, 2017. Disponível em: <http://journals.lww.com/00126450-201704000-00010>. Acesso em: 29 nov. 2021.
- SILVA, A. M.; SILVA, N. A. S.; FORTES, D. X. Adoção de Gestão do Conhecimento e big data na saúde pública. **Revista Científica da FASETE**, Bahia, p. 347–364, 2018. Disponível em: <https://www.unirios.edu.br/revistarios/internas/conteudo/resumo.php?id=299>. Acesso em: 26 nov. 2021.

SILVA, J. C. S.; PROCÓPIO, D. B.; MELLO, J. A. V. B. O impacto da Tecnologia da Informação na Administração Pública: uma revisão sistemática. **P2P E INOVAÇÃO**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 191–205, 2019. Disponível em: <http://10.0.20.200/p2p/article/view/4952>. Acesso em: 25 nov. 2021.

SILVA, K. C. O.; POHLMANN, P. Pesquisa qualitativa exploratório-descritiva: uma breve discussão teórica. In: PRAXEDES, M. F. S. (org.). **Métodos Mistos na Pesquisa em Enfermagem e Saúde**. Ponta Grossa - PR: Atena, 2021. p. 1–8. Disponível em: <https://www.atenaeditora.com.br/post-ebook/3879>. Acesso em: 24 nov. 2021.

SILVA, K. L. *et al.* Análise dos discursos referentes à Educação Permanente em Saúde no Brasil (1970 a 2005). **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. e0019222–e0019222, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462019000200501. Acesso em: 24 nov. 2021.

SILVA, K. L.; MATOS, J. A. V.; FRANÇA, B. D. The construction of permanent education in the process of health work in the state of Minas Gerais, Brazil. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. e20170060–e20170060, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000400204. Acesso em: 25 nov. 2021.

SILVA, R. R. *et al.* Análise de Clima Organizacional em Equipes de Trabalho na Gestão Pública do Governo de Minas Gerais. **CAMPO JURÍDICO**, Barreiras, v. 9, n. 1, p. e633, 2021. Disponível em: <http://www.fasb.edu.br/revista/index.php/campojuridico/article/view/663>. Acesso em: 29 nov. 2021.

SILVA, T. F. *et al.* Comissões de Integração Ensino- Serviço: (des) montando os quebra-cabeças da Educação Permanente. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, Vitória, v. 20, n. 4, p. 120–128, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/24607>. Acesso em: 25 nov. 2021.

SOUZA, V. R. S. *et al.* Translation and validation into Brazilian Portuguese and assessment of the COREQ checklist. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v. 34, p. eAPE02631, 2021. Disponível em: <https://acta-ape.org/en/article/translation-and-validation-into-brazilian-portuguese-and-assessment-of-the-coreq-checklist/>. Acesso em: 26 nov. 2021.

ŠPAČEK, D.; GATARIK, E. Knowledge Management and Czech Self-Governments: Empirical Investigations into the Application of Knowledge Management to Public Administration in the Czech Republic. **The NISPAcee Journal of Public Administration and Policy**, [S. l.], v. 10, n. 1, p. 201–220, 2017. Disponível em: <http://content.sciendo.com/view/journals/nispa/10/1/article-p201.xml>. Acesso em: 26 nov. 2021.

SUDRÉ, G. A. *et al.* Estudo da Implantação das Tecnologias de Informação na área da Saúde em Enfermagem: uma revisão integrativa de literatura. **Journal of Health**

Informatics, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 24–30, 2020. Disponível em: <https://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/viewFile/588/381>. Acesso em: 25 nov. 2021.

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

TESGERA, T. J.; SINGH, A. P. The Role of Aristotelians, Positivists, Hegelians, and Relativists in Shaping the Ideas Knowledge & Knowledge Management. **Annals of R.S.C.B.**, [S. l.], v. 25, n. 6, p. 807–822, 2021. Disponível em: <https://annalsofrscb.ro/index.php/journal/article/view/5497>. Acesso em: 29 nov. 2021.

UNESCO. **UNESCO in brief - Mission and Mandate**. [S. l.], [20--]. Disponível em: <https://www.unesco.org/en/introducing-unesco#>. Acesso em: 25 nov. 2021.

VASCONCELOS, J. A. Gestão do Conhecimento na Saúde Pública: uma revisão Da literatura. **Revista Científica Semana Acadêmica**, Fortaleza, ano 2020, nº 000197, 2020. Disponível em: <https://semanaacademica.org.br/artigo/gestao-do-conhecimento-na-saude-publica-uma-revisao-da-literatura>. Acesso em: 24 nov. 2021.

VENDRUSCOLO, C. *et al.* Educação permanente como potencializadora da gestão do sistema de saúde brasileiro: percepção dos gestores. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 6, n. 1, p. 134, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/20229/pdf>. Acesso em: 25 nov. 2021.

VENDRUSCOLO, C. *et al.* Implication of the training ad continuing education process for the interprofessional performance. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 73, n. 2, p. 1–9, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672020000200181&tlng=en. Acesso em: 29 nov. 2021.

VIANA, D. L.; MARTINS, C. L.; FRAZÃO, P. Gestão do trabalho em saúde: sentidos e usos da expressão no contexto histórico brasileiro. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 57–78, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462018000100057&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 24 nov. 2021.

XAVIER, N. **Taxonomia da Gestão do Conhecimento**. [S. l.], 2020. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/observatorio/produtos-servicos-oculto-blog/52-entenda-gc/52-taxonomia-da-gestao-do-conhecimento>. Acesso em: 29 nov. 2021.

WONS, L. *et al.* Barreiras ao compartilhamento do conhecimento nas organizações. **Perspectivas em Gestão & Conhecimento**, João Pessoa, v. 8, n. Número Especial, p. 86–101, 2018. Disponível em: <http://www.periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/pgc/article/view/42131/21126>. Acesso em: 29 nov. 2021.

ZIVIANI, F.; CORRÊA, F.; MUYLDER, C. F. A Gestão do Conhecimento rumo a uma abordagem holística: indicação de aspectos a serem contemplados em modelos de

gerenciamento do conhecimento. **RDBCI**: Revista Digital de Biblioteconomia e Ciência da Informação, Campinas, v. 17, n. 1, p. e019004, 2018. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/rdbci/article/view/8652801>. Acesso em: 26 nov. 2021.

APÊNDICE A – E-MAIL COM TEXTO CONVITE



Daniele Knopp <daniele.knopp@gmail.com>

Encaminhamento (faz)

Daniele Knopp <daniele.knopp@gmail.com>
Para: @saude.mg.gov.br>

15 de fevereiro de 2021 09:40

Prezad , bom dia

Conforme nosso contato telefônico na última sexta-feira, segue a sugestão de mensagem para convite aos trabalhadores da para responderem ao instrumento on-line da pesquisa:

"Prezados, me chamo Daniele e é com muita satisfação venho convidá-los a contribuírem com a minha pesquisa de dissertação em enfermagem, intitulada: "Educação Permanente em Saúde e Gestão do Conhecimento: um estudo de (in)compatibilidades". Conto com o apoio de vocês respondendo ao questionário on-line disponível no link: <https://forms.gle/de45KejY9yHTXePR9> . Qualquer dúvida, erro ou dificuldade em seu preenchimento, meus contatos para assistência estão na primeira página do questionário. Desde já agradeço imensamente o ato de colaboração. Atenciosamente, Daniele Knopp Ribeiro."

Grata por sua atenção.

Atenciosamente,
[Texto das mensagens anteriores oculto]

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Educação Permanente em Saúde e Gestão do conhecimento: um estudo de (in)compatibilidades

Prezado(a) participante, agradeço por seu interesse e disponibilidade em responder esse instrumento. A pesquisa é referente à dissertação de mestrado da Enfermeira Daniele Knopp Ribeiro, orientada pela Professora Doutora Denise Barbosa de Castro Friedrich, realizada na Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora.

Qualquer dúvida, dificuldade de acesso ou erro a mestranda estará disponível através do e-mail: epsgestaodoconhecimento@gmail.com ou do telefone/WhatsApp (32) 98851-4102.

Obrigada!

*Obrigatório

1. E-mail *

2. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido *

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidar você a participar como voluntário (a) da pesquisa "**Educação Permanente em saúde e gestão do Conhecimento: um estudo sobre (in)compatibilidades**". O motivo que nos leva a realizar esta pesquisa é pela necessidade de refletir sobre a implementação da Educação Permanente em Saúde em uma Superintendência Regional de Saúde de Minas Gerais, através da percepção dos profissionais sobre a temática e suas possibilidades de efetivação. Nesta pesquisa pretendemos **analisar as (in)compatibilidades entre a Educação Permanente em Saúde e a Gestão do Conhecimento no papel de uma Superintendência Regional de Saúde**.

Caso você concorde em participar, vamos fazer as seguintes atividades com você: analisar suas respostas fornecidas a partir do preenchimento do formulário eletrônico, através do qual, o pesquisador retirará as informações necessárias para construção desta pesquisa. Esta pesquisa tem alguns riscos, que são: a possibilidade de se sentir constrangido e/ou apreensivo ao responder algumas perguntas e no uso dos dados que de alguma forma possa identificá-lo. Mas, para diminuir a chance desses riscos acontecerem, lhe é assegurada a manutenção do anonimato relacionado à sua identificação pelas informações durante toda pesquisa e o direito de interrupção da participação em qualquer momento. Espera-se que a pesquisa contribua como subsídio para ações e políticas públicas das superintendências regionais, dando visibilidade ao papel desta instância estadual no contexto da indução das políticas de saúde nos serviços municipais organizados em uma região de saúde.

Para participar deste estudo você não vai ter nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, se você tiver algum dano causado pelas atividades que fizermos com você nesta pesquisa, você tem direito a indenização. Você terá todas as informações que quiser sobre esta pesquisa e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Mesmo que você queira participar agora, você pode voltar atrás ou parar de participar a qualquer momento. A sua participação é voluntária e o fato de não querer participar não vai trazer qualquer penalidade ou mudança na forma em que você é atendido (a). O pesquisador não vai divulgar seu nome. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar.

O seu aceite a este termo de consentimento será arquivado pelo pesquisador responsável e ao final do preenchimento do formulário você terá a opção de receber por e-mail uma cópia de suas respostas. Os dados coletados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos. Decorrido este tempo, o pesquisador avaliará os documentos para a sua destinação final, de acordo com a legislação vigente. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Declaro que concordo em participar da pesquisa e que me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, 14 de dezembro de 2021 .



Assinatura do (a) Pesquisador (a)

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - UFJF

Campus Universitário da UFJF

Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa

CEP: 36036-900

Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

Caso não concorde com o descrito acima você não terá acesso as perguntas e seus dados não serão armazenados.

Marcar apenas uma oval.

- SIM *Pular para a pergunta 3*
- Não

Caracterização do Participante

3. Qual é o seu nome?

4. Qual o número da sua carteira de identidade (RG)? *

Solicitação a fim de garantir a validade dos dados coletados.

5. Quais são as iniciais do seu nome? *

6. Qual a sua idade? *

Em anos.

7. Qual a sua identidade de gênero? *

Conforme Portaria do Ministério da Saúde de nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011.

Marcar apenas uma oval.

- Mulher cisgênera (Que se identifica com o sexo que lhe foi designado ao nascer)
- Homem cisgênero (Que se identifica com o sexo que lhe foi designado ao nascer)
- Mulher transexual/transgênera (Possui outra identidade de gênero, diferente da que lhe foi designada ao nascer)
- Homem transexual/transgênero (Possui outra identidade de gênero, diferente da que lhe foi designada ao nascer)
- Outro
- Não binário (Não definem sua identidade dentro do sistema binário homem mulher)
- Prefiro não me classificar

8. Qual a sua cor/raça? *

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Marcar apenas uma oval.

- Branca
- Preta
- Parda
- Amarela
- Indígena

Percurso Educacional

9. A sua formação de ensino superior foi na área de: *

10. Quando concluiu seu ensino superior? *

Exemplo: 7 de janeiro de 2019

11. Realizou sua formação em uma Instituição de Ensino Superior de caráter: *

Marcar apenas uma oval.

- Público
- Privado
- Privado com Bolsa

12. Possui curso de especialização? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não
- Em andamento.

13. Qual(is) os cursos(s) de especialização? *

Percurso Profissional

14. Cargo/Função da SRS: *

15. Atua na SRS desde de: *

Exemplo: 7 de janeiro de 2019

16. Tipo de vínculo: *

17. Tempo de atuação no atual cargo/função: *

Exemplo: 7 de janeiro de 2019

18. Já trabalhou em outra função ou teve outro cargo na SRS? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

19. Qual(is) cargo(s)/função(ões)? *

Questões sobre a temática da pesquisa

20. Como você entende o papel da SRS? *

21. O que você compreende por conhecimento? *

22. Como as diferentes formas de conhecimento são utilizadas na SRS? *

23. O que é Gestão do Conhecimento? *

24. De que forma a Gestão do Conhecimento está presente na SRS? *

25. Como é organizada e realizada a Educação Permanente em Saúde? *

26. De que forma os diferentes conhecimentos presentes na SRS colaboram para a Educação Permanente em Saúde? *

27. Quais as (in)compatibilidades entre Educação Permanente em Saúde e Gestão do Conhecimento? *

28. Algo a acrescentar que não foi diretamente questionado? *

29. O que achou de responder esse instrumento? *

30. Espaço livre para comentários, sugestões e críticas *

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.

Google Formulários

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Educação Permanente em Saúde e Gestão do Conhecimento: um estudo de (in)compatibilidades

Pesquisador: Denise Barbosa de Castro Friedrich

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 32774120.8.0000.5147

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.527.104

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa:

"A Educação Permanente em Saúde é uma estratégia político-pedagógica de reflexão e resolução pelos profissionais de saúde dos problemas cotidianos do trabalho. Inserida no Sistema Único de Saúde através da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde há mais de 10 anos, não se encontra plenamente implementada na maioria dos estados brasileiros, possuindo como uma das dificuldades de implementação, sua gestão. Considerando os fundamentos da gestão, a Gestão do Conhecimento surge como um processo de transitabilidade dos conhecimentos entre os indivíduos de uma organização, destacando-se as Superintendências Regionais".

Objetivo da Pesquisa:

As informações elencadas foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa: "Objetivo Primário:- Analisar as (in)compatibilidades entre a Educação Permanente em Saúde e a Gestão do Conhecimento no papel de uma Superintendência Regional de Saúde.

Objetivo Secundário: 1. Descrever as estratégias de organização da Educação Permanente em Saúde na Superintendência Regional de Saúde em relação aos municípios. 2. Identificar as ações formais e informais que influenciam na adoção da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como instrumento da Gestão do Conhecimento na instância de Superintendência Regional de Saúde. 3. Compreender se o modo de organização da Educação Permanente em Saúde

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 4.527.104

possibilita(in)compatibilidade com a Gestão do Conhecimento".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

As informações elencadas foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa: "RISCOS: Os riscos da pesquisa são considerados mínimos, sendo os participantes orientados quanto a possibilidade, por exemplo, de se sentirem constrangidos ou apreensivos ao responder algumas perguntas e no uso dos dados que de alguma forma possa identificá-los. Para minimizar tais riscos, os participantes serão comunicados do direito à interrupção da participação, ressarcimento e/ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos, garantindo o acesso aos resultados finais do trabalho e a manutenção do anonimato relacionado à sua identificação pelas informações (BRASIL, 2012).

Benefícios: Espera-se que o estudo contribua como subsídio para ações e políticas públicas das superintendências regionais, dando visibilidade ao papel desta instância estadual no contexto da indução das políticas de saúde nos serviços municipais organizados em uma região de saúde".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo de pesquisa está em configuração adequada, apresenta FOLHA DE ROSTO devidamente preenchida, com o título em português, identifica o patrocinador pela pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra a; e 3.4.1 item 16. Apresenta o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO em linguagem clara para compreensão dos participantes, apresenta justificativa e objetivo, campo para identificação do participante, descreve de forma suficiente os procedimentos, informa que uma das vias do TCLE será entregue aos participantes, assegura a liberdade do participante recusar ou retirar o consentimento sem penalidades, garante sigilo e anonimato, explicita riscos e desconfortos esperados, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, contato do pesquisador e do CEP e informa que os dados da pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador pelo período de cinco anos, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens: IV letra b; IV.3 letras a,b,d,e,f,g e h; IV. 5 letra d e XI.2 letra f. Apresenta o INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS de forma pertinente aos objetivos delineados e preserva

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 4.527.104

os participantes da pesquisa. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas no Manual Operacional para CPEs. Apresenta DECLARAÇÃO de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra h.

Recomendações:

Apresentar o Relatório Final da pesquisa ao CEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A emenda solicitada é justificada conforme exposto pelas pesquisadoras: "em virtude da pandemia por Sars-CoV-2 o projeto necessita de alterações para que seu desenvolvimento ocorra considerando a segurança e as modificações do cotidiano dos possíveis participantes. Assim, modificamos à equipe de pesquisa, o modo de coletar os dados e sua análise, o cronograma, orçamento financeiro e o TCLE".

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: janeiro de 2022.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional Nº001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO a emenda ao protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1680636_E1.pdf	14/12/2020 10:23:03		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_novo.pdf	14/12/2020 10:17:17	DANIELE KNOPP RIBEIRO	Aceito

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 4.527.104

Outros	Instrumento_coleta.pdf	14/12/2020 10:14:22	DANIELE KNOPP RIBEIRO	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	14/12/2020 10:14:09	DANIELE KNOPP RIBEIRO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	14/12/2020 10:13:58	DANIELE KNOPP RIBEIRO	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	30/05/2020 19:05:14	DANIELE KNOPP RIBEIRO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Infraestrutura.pdf	30/05/2020 19:02:27	DANIELE KNOPP RIBEIRO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JUIZ DE FORA, 05 de Fevereiro de 2021

Assinado por:
Jubel Barreto
(Coordenador(a))

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br