

Políticas e Ações Públicas Direcionadas à Gestão do Conhecimento no SUS: Uma Orientação Paradigmática

ARLETE APARECIDA DE ABREU

Instituto Federal de Minas Gerais
arlete.abreu@ifmg.edu.br

ANDRE LUIZ ZAMBALDE

UFLA
zambaufla@gmail.com

Área Temática: Administração Pública
Políticas e Ações Públicas Direcionadas à Gestão do Conhecimento no SUS: Uma
Orientação Paradigmática

Resumo:

O conhecimento tornou-se um recurso estratégico para qualquer organização, independente de seu mercado. A Gestão do Conhecimento (GC) representa uma prática dominante em diversas organizações, gerando inúmeros benefícios e o alcance de vantagem competitiva. Nos serviços de saúde não poderia ser diferente. O poder público exerce um papel preponderante em relação ao sistema e ao gerenciamento dos recursos disponíveis para a prestação de serviços. A presente pesquisa teve por objetivo delimitar a orientação paradigmática (Gloet e Berrel, 2003) adotada nas ações e políticas direcionadas à GC no SUS. Percebe-se que a orientação baseada em TI (Tecnologia de Informação) representou o passo inicial de formulação das práticas de GC no setor. Contudo, apesar da incorporação do paradigma Recursos Humanos a partir de 2012 (Portal da Inovação na Gestão do SUS) é preciso pensar em um discurso nacional, que incentive a gestão do conhecimento como recurso estratégico.

Palavras - chave: SUS, Gestão do Conhecimento, Paradigmas

Abstract:

Knowledge has become a strategic resource for any organization, in any market. Knowledge Management (KM) has become a dominant practice in various organizations, generating numerous benefits and the achievement of competitive advantage. In health services could not be different. The government has an essential role in system and the resources available to provide services. This study aimed to define the paradigmatic orientation (Gloet and Berrel, 2003) adopted in the actions and policies directed at SUS GC. It is noticed that the orientation-based IT (Information Technology) represented the initial step of formulation of the KM practices in the sector. However, despite the incorporation of the paradigm Human Resources from 2012 (Portal of Innovation Management in the NHS) it is necessary to think of a national discourse that encourages knowledge management as a strategic resource.

Key Words: SUS, Knowledge Management; Paradigmatic

1 Introdução

A década de 80, a Constituição Federal e o Movimento de Reforma Sanitária foram elementos decisivos para a construção do Sistema Único de Saúde. Mesmo diante de inúmeras barreiras, o processo de redemocratização e as lutas sociais deixaram sua marca na sociedade.

Passados mais de 30 anos de sua consolidação, o SUS ainda enfrenta incontáveis desafios. A complexidade do modelo assistencial utilizado, o avanço tecnológico, o financiamento e a gestão do trabalho representam algumas das limitações encontradas. Segundo Júnior e Alves (2007) a complexidade do sistema (em relação aos cuidados primários de saúde e à resolutividade clínica) só pode ser enfrentada através da articulação entre conhecimentos provenientes de diferentes campos e perspectivas. Esta articulação denota o caráter multidisciplinar em relação ao indivíduo e sua situação de saúde, perspectiva que também deve ser adotada quando o assunto é o gerenciamento do sistema.

Por esta razão, a Gestão do Conhecimento (GC) torna-se elemento fundamental, tornando-se ferramenta tanto clínica quanto gerencial, devendo ser estimulada por parte do governo. Acredita-se que as políticas e ações adotadas pelo poder público em relação à GC no SUS precisam ser também objeto de avaliação. É preciso delimitar a linha paradigmática utilizada para estas ações até o momento, a fim de entender quais são os elementos utilizados e qual a postura pública em relação ao conhecimento gerado pelo sistema.

Para operacionalizar esta análise foram adotados três paradigmas defendidos por Gloet e Berrel (2003); segundo os quais a GC pode ser abordada por diferentes perspectivas: Tecnologia de Informação; Recursos Humanos e Aspectos Culturais. O objetivo é traçar um perfil de ação pública em relação à importância dada ao conhecimento como recurso preponderante no sistema.

Para isto, este trabalho foi dividido em 6 partes: Primeiro são feitas algumas considerações sobre o SUS; na parte 2 são delimitados alguns modelos de Gestão do conhecimento utilizados na literatura; na 3 são expostas pesquisas onde a GC é aplicada ao setor de saúde; na quarta parte as orientações paradigmáticas de Gloet e Berrel (2003) são esclarecidas; a quinta parte traz a discussão e delimitação das ações e políticas relacionadas à GC e ao SUS, e por último as considerações finais.

2 O SUS (Sistema Único de Saúde)

A saúde tornou-se questão pública somente a partir do século XX. Segundo Machado (1978) o século XIX trouxe em seu bojo uma evolução pautada na preocupação do exercício da medicina como prática social, inserida em um meio urbano (alvo de reflexão e prática) e utilizada como fonte de apoio científico ao poder logrado pelo Estado. Contudo, somente no século posterior o que o autor chama de medicina social, ou seja, a medicina voltada para a população tornou-se alvo de políticas públicas.

Em 1930 o país realiza seu primeiro salto em relação à saúde como bem público através da criação das CAP's (Caixas de Aposentadorias e Pensões), transformadas posteriormente em IAP's (Institutos de Aposentadorias e Pensões). Estes podem ser considerados os precursores do atual sistema de saúde nacional, o SUS.

Após uma série de programas e modelos extremamente marginalizáveis e que necessitavam de unificação gerencial, em 1966 o INPS (Instituto Nacional de Previdência Social) centraliza todas as contribuições previdenciárias. Além disso, o instituto gerenciava as pensões, aposentadorias e a assistência médica prestada a todos os trabalhadores formais.

Nesta época, e sob o poder do governo militar, o sistema de saúde tornou-se totalmente ineficiente. Segundo Temporão (2003) a política de saúde da década de 70

abrangia dois elementos principais: o processo de expansão da cobertura (via compra de serviços privados); e projetos alternativos como o PIASS (Plano de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento), que tinha por objetivo o alcance de regiões antes não atendidas pelo sistema. Contudo, os recursos direcionados a estas mudanças eram utilizados de forma pouco sensata. O Estado financiava internações de baixa complexidade em um sistema de faturamento aberto (GERSCHMAN E SANTOS, 2006); e esta forma de pagamento tornou-se uma fonte incontrolável e corrupção.

Neste momento, o país passava por graves problemas sanitários e a população se unia para questionar o posicionamento do Estado e sua responsabilidade em relação ao bem estar coletivo. Para Machado et al (2007) a partir dos anos 70, a promoção da saúde tornou-se marco norteador da mesma, como questão pública. A intensa discussão travada a época, lançou novas propostas e a necessidade de redefinição das políticas públicas para a área, o que promoveu um novo olhar sobre seu contexto.

Nesta época houve o crescimento do número de clínicas e hospitais privados e consequentemente o aumento do número de leitos disponíveis, à custa de recursos públicos. Segundo Escorel, Nascimento e Edler (2005), o INPS (Instituto de Previdência Social) financiou abertamente e sem limites, empresas privadas que quisessem construir um hospital, o que agravou mais a situação limítrofe em que se encontrava o sistema.

Já na década de 80 surgem pressões sociais advindas do chamado Movimento Sanitário, espaço utilizado pela população para clamar por mudanças e melhorias nos serviços prestados na saúde. Este movimento se misturava a vozes que pediam a volta à democracia no país. Contando com a participação da população e de representantes de vários setores em conferências e debates sobre o tema, estava pronto o campo no qual surgiria a ideia de um sistema universalizado de prestação de serviços de saúde, o SUS.

A promulgação da Constituição Federal de 1988 trouxe de volta preceitos democráticos e libertários, além das bases e princípios para a instauração de um sistema de saúde igualitário, universal, integral e descentralizado. Para Almeida (2002) a proposta de oferecer uma atenção universal, baseada na saúde como dever do Estado e direito do cidadão, era o reflexo e representava uma tendência mundial. Após 25 anos de existência do SUS, muitos avanços foram conseguidos. O sistema se solidificou, tornou-se hierárquico e autônomo em vários pontos da rede; contudo, muitas lacunas a serem superadas também se tornaram visíveis. Para Siqueira (2013) a criação da Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária); da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar); o Programa Saúde da Família; a redução da mortalidade infantil; a ampliação da cobertura vacinal; a legislação dos medicamentos genéricos; são alguns dos avanços conseguidos pelo sistema.

Paim (2013) afirma que apesar das melhorias, as forças políticas que alcançaram o poder nas últimas duas décadas acabaram não apresentando um projeto à altura daqueles que geraram a Constituição. Para Cohn (2009) as idéias de mudança que os sanitaristas defendiam precisavam ser colocadas em prática. Contudo, a realidade econômica, social e institucional era extremamente diversificada o que resultou em avanços não lineares e tampouco uniformes.

Além das condições histórico-sociais, econômicas e políticas, o SUS, mesmo tendo avançado nestes anos, ainda enfrenta desafios relativos à sua gestão e eficiência. Os altos custos do sistema e a densidade tecnológica podem ser listados como algumas das fontes destes problemas. É preciso repensar o sistema como um todo, especialmente de forma a inserir práticas gerenciais que possam auxiliar na resolução destes dilemas. O uso do conhecimento como elemento estratégico é uma destas práticas, devendo, portanto, ser incentivada e conduzida prioritariamente pelo Estado.

3 A Gestão do Conhecimento GC e seus modelos

A Gestão do Conhecimento (GC) tem se tornado uma prática importante para a sobrevivência empresarial. O capital intelectual se tornou um dos ativos mais valiosos que uma organização pode obter e manter. Para Teixeira Filho (2000) a GC pode ser entendida como uma coleção de processos que se utilizam do conhecimento, criando-o e disseminando-o a fim de atingir os objetivos organizacionais. Segundo Quinn et al (1997), a implantação coordenada da GC cria vantagens competitivas sustentáveis, pois, estas vantagens estão alicerçadas nas pessoas que compõem a empresa e não em meros recursos físicos, facilmente copiáveis pelos concorrentes.

Quando esta perspectiva é deslocada para entidades ou ações e políticas públicas, a idéia de competitividade e vantagem de mercado muitas vezes não tem a mesma relevância (não nos moldes brasileiros de gestão pública). Contudo, a busca deste ideal representa um ganho social imenso, à medida que competitividade, mesmo que velada, pode significar eficiência e qualidade para os serviços públicos. Para Batista (2012) o efetivo uso da GC na administração pública influencia práticas inovadoras de gestão, relaciona-se com o combate a novos desafios, além de melhorar serviços, produtos e processos, o que beneficia a sociedade em geral.

Um dos aspectos preponderantes para a GC em organizações públicas e, por consequência também limitadora quanto a ações públicas relacionadas ao tema, é a cultura organizacional. Chan e Chow (2007) analisaram, durante 20 anos, profundos padrões de gestão e comportamento organizacional adotados na China Ocidental, em seu contexto cultural extremamente burocrático (expresso pelo Partido Comunista). Segundo os autores, mesmo adotando uma política de importação de inovações gerenciais (privatização, downsizing, auditorias de desempenho, etc.); o que imperou de fato foi o conhecimento tácito, possuído pelo poder público, em relação a implementação de políticas públicas.

Além de se utilizar da GC em seu âmbito organizacional, o poder público também deve incentivar o uso de instrumentos e mecanismos de GC por meio de políticas direcionadas a áreas nas quais há a prestação de serviços. Trata-se de uma maneira de manter e gerenciar o conhecimento produzido por todo um sistema de prestação de serviços, como é o caso da saúde. Segundo Baracchini (2002) há uma mudança no padrão das políticas públicas brasileiras, principalmente em relação à esfera local de atuação. Esta mudança é fruto de um processo de construção de novas formas de gestão pública (práticas mais inovadoras na prestação de serviços).

Gloet e Berrell (2003) afirmam que apesar da proliferação literária sobre o tema, as várias abordagens sobre como as organizações devem gerenciar seus recursos relativos ao conhecimento possuem suas raízes em duas orientações básicas: sistemas de gestão da informação ou tecnologia de informação (TI); e a busca do aprendizado organizacional tendo como base uma abordagem humanística. Por esta razão as ferramentas e métodos usados para a GC diferem de uma organização para outra e dentro das mesmas

Heisig (2009) analisou um total de 160 modelos de GC aplicados a diferentes áreas em todos os países. Sua base foi o uso e entendimento do que seria conhecimento, os termos usados para descrever os processos que envolvem este recurso e os fatores que influenciam o sucesso da GC. Os resultados demonstraram que apesar de uma série de termos serem usados nos modelos de GC, há pontos de consenso nas atividades que envolvem GC e nos fatores de sucesso, demonstrando uma homogeneidade no tema. Alguns modelos relacionados à GC, em diferentes perspectivas, também podem ser listados, como demonstra a Quadro 1.

Nonaka e Takeuchi (1997)	Modelo de Criação do Conhecimento Organizacional	Baseado na premissa de que o conhecimento pode evoluir e se difundir através modos de conversão entre tácito e explícito.
--------------------------	--	---

Terra (2000)	Modelo das Sete Dimensões de prática Gerencial	Segundo o autor, para que o conhecimento seja gerenciado, é preciso focalizar e equalizar os diferentes níveis e setores organizacionais e o ambiente.
Stollenwerk (2001)	Modelo Genérico de GC	Este modelo tem como foco a gestão de processos integrantes da GC , mediados por facilitadores como a liderança, cultura e a tecnologia.
Pereira (2002)	Modelo de Práticas de GC	Para o autor, a GC ocorre quando a organização aprende (desenvolvimento de competência e inteligência coletiva) e esse aprendizado deve ser alcançado através de atividades organizacionais específicas.
Choo (2003)	Modelo de Ciclo do Conhecimento	Segundo este modelo, a GC precisa ser moldada no sentido de criar significado às informações, para que então o conhecimento seja construído e as decisões tomadas.
Leite e Costa (2007)	Modelo conceitual de gestão do conhecimento científico no contexto acadêmico	Modelos de GC construídos tomando-se como base o processo de comunicação científica.
Batista (2012)	Modelo de GC para a Administração Pública Brasileira	O autor defende que os modelos de GC construídos para a iniciativa privada não são adequados para o setor público. Propõe um modelo que se baseia o processo de GC no ciclo PDCA, chamado aqui de Ciclo KDCA , no qual o P (Plan) é substituído pelo K (Knowledge).
Gloet e Samson (2012)	Modelo KMA (Modelo de GC Australiano)	Buscando explicar a relação entre CG e inovação, os autores desenvolveram um modelo aplicado a organizações Australianas pertencentes ao setor de serviços. O modelo aborda elementos de áreas diversas como: estratégia, comunicação, gestão, liderança, tecnologia de informação, recursos humanos e aprendizagem.
Flagg; Lane and Lockett (2013)	Modelo de Necessidade do Conhecimento	Os autores contestam a afirmação de que o simples investimento governamental em pesquisa científica geraria inovações tecnológicas. Propõem um modelo que unifique pesquisa, engenharia (invenções) e produção industrial (inovações), com base em um processo de comunicação eficaz de resultados em os 3 setores.

Quadro 1: Alguns modelos de Gestão do Conhecimento

Fonte: Elaborado pelos autores.

4 A GC e o setor de saúde: considerações sobre o tema

A GC aplicada ao setor de saúde pode trazer inúmeros benefícios. Colauto e Beuren (2003), estudando a GC em instituições hospitalares afirmam que há juntamente com esta prática a criação de espectro sinérgico de compartilhamento do conhecimento. Isto efetivamente beneficia a organização reduzindo o tempo do ciclo de serviços, reduz custos, proporcionar mais retornos em relação aos investimentos, melhora a qualidade e satisfação dos usuários e incentiva o aprendizado mútuo dos profissionais.

Cunharas (2006) procurou entender como os diferentes tipos de conhecimento interagem na gestão de serviços de saúde, tendo em vista a construção de uma “learning organization” (organização aprendiz). O autor ressalta a necessidade de adequação ao contexto (quando o conhecimento advém de pesquisas científicas) para a tomada de decisão eficiente.

Currie et al (2008) analisaram a introdução de um sistema de gestão do conhecimento nos serviços de saúde do Reino Unido e seu impacto em um hospital universitário. O Sistema Nacional de Divulgação e Ensino é uma política governamental que faz parte dos princípios da *Nova Gestão Pública* e busca a melhoria na qualidade dos serviços. Os autores relatam o hiato existente entre os gestores e os médicos, em termos de aplicação da política voltada à GC. Apontam também que a regulação da qualidade clínica está nas mãos dos médicos e que há resistência por parte da classe.

Bate e Robert (2002) investigaram práticas de GC aplicadas ao setor privado com o objetivo de delimitar sua contribuição para o setor público, especificamente para o Sistema Nacional de Saúde da Inglaterra e do País de Gales. O foco é o Plano para o Sistema Nacional de Saúde, uma política pública que se utiliza da metodologia colaborativa para alcançar a excelência e a qualidade dos serviços prestados. Os autores sugerem 4 áreas a serem desenvolvidas: o processo de transformação da informação em conhecimento; da aplicação do conhecimento para sua criação; do conhecimento explícito para o tácito; da rede temporária para a comunidade de prática.

Lee et al (2010) analisaram portais de saúde com o objetivo de avaliar em que medida estas ferramentas poderiam suportar mecanismos de gestão do conhecimento. Utilizando-se de um modelo baseado em 3 elementos principais (Acesso ao Conhecimento; Criação do Conhecimento e Mecanismos de Transferência do Conhecimento), os autores analisaram portais de diferentes regiões e provedores diferentes (hospitais, governos e instituições não governamentais). Como resultado, os autores descobriram que os portais governamentais são os mais preocupados com este espaço de compartilhamento de informações com os usuários. Web portais facilitam a coleta, organização e disseminação de informação e do recurso conhecimento.

Orzano et al (2008) propuseram um modelo sócio-técnico de GC especificamente voltado para a busca da qualidade nos serviços de saúde. O foco são os processos de GC a fim de afetar o desempenho e as relações de trabalho de forma a aumentar a aprendizagem e contribuir com a tomada de decisões. O modelo é formado por o que os autores chamam de *Habilitadores de GC* (redes, a prática reflexiva, os relacionamentos úteis e a infraestrutura robusta, tecnologia acessível, apoio da chefia, comunicação efetiva e clima de confiança); os *Processos Críticos* (encontrar o conhecimento, compartilhá-lo e desenvolvê-lo); e as *Consequências de programas de GC efetivos* (tomada de decisão, aprendizado organizacional). Estes elementos seriam interdependentes, devendo ser gerenciados tendo como pano de fundo a missão da organização.

5 Gestão do Conhecimento e suas orientações paradigmáticas

A Gestão do Conhecimento (GC) pode ser entendida de diversas formas e por diversas perspectivas. Segundo Gloet e Samson (2013) a GC representa um esforço subjetivo,

complexo e altamente dependente do contexto, se tornando, portanto, interpretativo por natureza. Os autores acabam corroborando com a premissa adotada por Batista (2012), na qual o autor defende que os modelos de GC aplicados à iniciativa privada não podem ser simplesmente transpostos à iniciativa pública. Para Heisig (2009) a natureza holística da GC requer intensa consideração sobre diferentes fatores. Estes elementos estão associados a contextos específicos e acabam por afetar as atividades direcionadas à GC.

Gloet e Samson (2012) em seu artigo intitulado “*Knowledge Management and Innovation Performance in Australian Service Sector Organizations*” utilizam três principais paradigmas de orientação que representam a base teórica da GC: a classificação em um destes paradigmas depende se a GC é orientada por uma perspectiva baseada na Tecnologia de Informação (TI); em elementos humanos ou ainda se é voltada para elementos culturais da organização.

Esta orientação paradigmática foi proposta por Gloet e Berrell (2003). Estes autores tomaram como base os conceitos defendidos por Thomas Kuhn’s (1970) e George Ritzer (1975), delimitando então que as ferramentas e métodos usados para a prática da GC podem ser vistos como o efeito de formas dominantes de conhecimento que são parte e sustentam uma comunidade de praticantes destas ações.

O paradigma baseado em Tecnologia de Informação (TI) é aquele voltado para a gestão de sistemas de informação como formas de GC. O foco é o armazenamento, acúmulo e manipulação de dados (GLOET e SAMSON, 2012). Processamento de dados, consultas, informações compartilhadas, recuperadas e sistemas de dados são as bases deste paradigma. A prática dominante em relação a GC é aquela baseada na idéia de que a TI e os sistemas a ela associados representam o modelo ideal (GLOET e BERRELL, 2003). Esta linha é adotada por vários autores; Huang, Chen e Chen (2011); Chen (2011); Rossetti e Morales (2007); Saud et al (2011); Ling (2011); dentre outros.

A segunda perspectiva é aquela orientada a gestão de recursos humanos como o centro da GC. Segundo Gloet e Samson (2012), mesmo aqueles que se apóiam na perspectiva de TI começam a reconhecer, de forma gradativa e crescente, antes de ser armazenado, compartilhado ou manipulado, o conhecimento está nas pessoas que compõem a organização. Segundo Nonaka (1991) o paradigma voltado à gestão dos recursos humanos tem em sua base a natureza do aprendizado (e suas formas), os processos organizacionais envolvidos na GC e o reconhecimento do conhecimento tácito como um recurso a ser gerenciado.

Várias pesquisas também têm adotado este ponto de vista para a análise de mecanismos de GC. Chen e Huang (2009) examinaram o papel da capacidade de GC e a relação entre a gestão estratégica de recursos humanos e a inovação em uma amostra de 146 empresas. Descobriram que práticas estratégicas de recursos humanos são positivamente relacionadas à capacidade de GC e tem um efeito positivo na busca pela inovação. Na mesma linha, Popaitoon e Siengthai (2014) analisaram 198 projetos de empresas multinacionais tailandesas no ramo automotivo. O objetivo dos autores era entender a ligação entre as práticas de gestão de recursos humanos, a capacidade de absorção de conhecimento por parte das equipes e o desempenho dos projetos. Seus resultados demonstraram que as práticas de gestão de recursos humanos não só facilitam a GC em relação a projetos futuros, mas também fortalece a capacidade absorptiva da equipe e o desempenho do projeto a longo prazo.

O terceiro paradigma é aquele relacionado à cultura organizacional. Gloet e Samson (2012) afirmam que entre os dois paradigmas (TI e Recursos Humanos) há um contexto organizacional complexo e elementos considerados direcionadores como o tamanho da empresa, estilos de gestão, a alocação de recursos, as crenças individuais e cultura organizacional. Segundo os autores, a literatura sugere que o foco nos elementos estratégicos e gerenciais é fundamental para a efetiva GC. Neste ponto a literatura é incorporada aos

estudos baseados na perspectiva do conhecimento como um recurso estratégico, abordagem proposta por Penrose (1959).

A importância de reconhecer o conhecimento como gerador de capacidades que podem permitir ganhos competitivos é reconhecida em diversas pesquisas; Lai et al (2014); Villar et al (2014); Lin (2013); Ling (2013); Pandey e Dutta (2013); Chang et al (2012); Oluikpe (2012); dentre muitos outros.

6 Políticas e Ações Públicas direcionadas ao Sistema Único de Saúde: Qual o paradigma adotado?

Através da análise de alguns programas e ações adotados pelo poder público, em relação ao Sistema Único de Saúde, pretende-se delimitar qual paradigma defendido por Gloet e Berrell (2003) pode ser tido como o predominante. Foram feitas consultas à sites e documentos que definem estas políticas, com o objetivo de levantar informações que indicassem qual a abordagem adotada pelo poder público brasileiro neste setor.

Inicialmente, quando se realiza uma varredura sobre as ações públicas relacionadas à GC e à saúde, percebe-se que há uma específica para o setor: a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde. Este documento teve sua última versão publicada em 2004, contudo, foi colocada em consulta pública em 2012, para que o texto e as ações propostas pudessem ser alinhados à demanda da população. Sobre este aspecto, a política ainda não foi totalmente revista. Há somente a nota técnica n. 44 do CONASS (Conselho Nacional dos Secretários de Saúde) publicada em 28 de outubro de 2013 que delimita um plano operativo para a PNIIS (Política Nacional de Informação e Informática em saúde).

Segundo esta nota, a proposta discutida em 2004 não foi formalmente aprovada e formalizada, sendo que a nota traz a nova revisão que estava prevista para ser discutida em dezembro de 2013. As vertentes e diretrizes adotadas no PNIIS são: Governo eletrônico brasileiro (e-Gov); e-Saúde; a própria gestão da PNIIS e a formação de pessoal em informação e informática em saúde.

A proposta da PNIIS é especialmente voltada à construção de uma estrutura de TI (Tecnologia de Informação) ao redor do SUS, de forma a integrar uma rede lógica de comunicação e disseminação da informação. Para Cavalcante e Pinheiro (2011) observa-se que há a necessidade de promover a gestão estratégica da informação na PNIIS, o que pode ser alcançado com o uso de sistemas de informação. Para os autores, estes sistemas, especialmente aqueles de abrangência nacional ainda são ineficientes apresentando problemas relacionados à interoperabilidade, incoerência e duplicação de dados, o que prejudica o uso destas informações para a tomada de decisão. A PNIIS precisa ser repensada em termos de sua aplicabilidade no contexto das instituições de saúde.

Apesar da nota técnica do CONASS e da discussão sobre as mudanças a serem implementadas na PNIIS, o site do Ministério da Saúde ainda disponibiliza a versão de 2004.

Ainda em 2004 o Conselho Nacional de Saúde aprovou a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS). Seus objetivos e princípios são a produção e apropriação de conhecimentos e tecnologias que contribuam para a redução das desigualdades sociais em saúde; fazendo parte e obedecendo a mesma linha adotada na PNCTI (Política Nacional de Ciência Tecnologia e Inovação). Voltada para o atendimento das necessidades da população a PNCTIS procura desenvolver e otimizar os processos de produção e absorção do conhecimento científico e tecnológico pelo sistema. Tem um forte apelo ético e social, de respeito à vida e à dignidade das pessoas, equidade, inclusão e controle social. O princípio ético também se estende às atividades de pesquisa, além da adoção da pluralidade (valorização de diferentes áreas do conhecimento), pois antes a ciência e tecnologia aplicada à saúde só era considerada via pesquisas clínicas, biomédicas ou de saúde pública.

Os eixos condutores trabalhados pela PNCTIS são; a Extensividade (capacidade de intervenção em diferentes pontos da cadeia, sob diferentes focos e olhares e visando o avanço do conhecimento); a Inclusividade (participação de diversos atores e instituições envolvidas nas ações de Ciência, Tecnologia e Inovação); a Seletividade (relacionado à capacidade de indução ao fomento científico e tecnológico); a Complementariedade (sustentação da pesquisa em saúde como uma lógica complementar entre a capacidade indutiva de pesquisa e o atendimento à demanda espontânea); a Competitividade (entre projetos); o Mérito Científico, Tecnológico e Ético; a Relevância Social e Econômica; a Responsabilidade Gestora (transparência e atendimento às normas que regem o financiamento público) e o Controle Social (participação ativa da população).

Além disso, a política prevê a criação do Sistema Nacional de Inovação em Saúde e a construção de uma Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde visando a superação das desigualdades regionais, o aprimoramento da capacidade regulatória, a difusão dos avanços científicos e tecnológicos e a formação e capacitação de recursos humanos.

Adotando-se as duas políticas públicas (PNIIS e PNCTI) como pano de fundo, foram listadas algumas ações relacionadas à GC no âmbito do SUS, como pode ser observado na Quadro 2:

Ação pública	Definição e objetivos	Resultados
DataSUS (Departamento de Informática do SUS)	Ano de criação: 1991(Decreto 100 de 16.04.1991 e retificado conforme publicado no Diário Oficial da União de 19.04.1991). Inicialmente o objetivo era o processamento de contas hospitalares e ambulatoriais e sistemas de acompanhamento de nascidos vivos, agravos de notificação e mortalidade. A partir de 1992 surgem sistemas voltados a gestão local de unidades de saúde. Captura de dados regionais. Divulgação de informações relativas à saúde.	<ul style="list-style-type: none"> - Banco de dados em integração com o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística); - Publicação dos Cadernos de Informação de Saúde (compostos por dados atualizados de diversas bases e disponível para gestores, comunidade e sociedade. - Criação do TabNet (programa que permite às equipes técnicas de saúde a rápida tabulação de dados de forma online. O objetivo é produzir os cruzamentos necessários e utilização de bases cartográficas a fim de auxiliar na visualização e tomada de decisões. - Publicação do Anuário da Saúde No Brasil (divulgação de dados e indicadores) - Lançamento do Portal da Saúde, além do site DataSus, do Sistema de Informações sobre Mortalidade, os Indicadores e Dados Básicos em Saúde (IDB) e uma série de sistemas e aplicativos.
SIASUS (Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS)	Desenvolvido pelo DataPrev (Antigo DataSus) , o SIASUS foi implantando em 1993. Seu objetivo era facilitar o controle, planejamento e avaliação do atendimento ambulatorial do SUS. Sistema DataSus específico para ambulatório.	<ul style="list-style-type: none"> - Há uma fórum online, dentro do site SIASUS, organizado por tema e disponível a usuários previamente cadastrados. - BPA (Boletins de produção Ambulatorial),
CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde)	Criado em 1999 através da PT-SAS 376. Banco de dados nacional de estabelecimentos de saúde. Trata-se de um subsistema do Data Sus e	<ul style="list-style-type: none"> - Os dados recolhidos pelo CNES compõe m o Sistema de Informação Ambulatorial, Hospitalar; o Cartão Nacional de

	que serve de base para o SIASUS.	Saúde; o Sistema de Informação de Regulação; Sistema de Informações da Anvisa; dentre outros.
BVS Biblioteca Virtual em Saúde)	A biblioteca Ministério da Saúde foi fundada em 1953 e reformulada em 2001(versão online). Seu objetivo é reunir, organizar e disseminar informações em saúde. Atua em cooperação com a BVS América Latina e Caribe.	- Livros, folhetos, periódicos, materiais audiovisuais, publicações digitais, manuais; dentre outros.
Banco de Preços (BPS)	O BPS tem sua origem no BPPH (Banco de Preços Praticados na Área Hospitalar) criado em 1998. Seu objetivo é tornar público o resultado da compra de medicamentos, materiais médico hospitalares, gases medicinais e outros recursos, por parte de instituições públicas, filantrópicas ou privadas (que estejam cadastradas no sistema) Trata-se de uma ferramenta de apoio à decisão durante o processo de compras (em face da monopolização da indústria farmacêutica)	- O sistema disponibiliza relatórios sobre os preços e produtos adquiridos por diferentes unidades da federação (Preço Mínimo; Máximo e Médio). - Glossário Temático do BPS (o objetivo é uniformizar a linguagem utilizada no sistema)
Portal da Inovação na Gestão do SUS	Este portal representa uma ferramenta de GC desenvolvido pela OPAS (Organização Pan Americana de Saúde) e a OMS (Organização Mundial de Saúde) Brasil em parceria com o Ministério da Saúde e outros órgãos. Seu objetivo é proporcionar conhecimentos organizados e sistematizados sobre desafios enfrentados pelo sistema.	- Publicação de entrevistas, notícias e boletins informativos relacionadas ao sistema. - Publicação de duas séries técnicas : Navegador SUS e Inovação na Saúde. - Laboratórios de Inovação (espaços de produção de evidências de boa gestão, a partir de práticas inovadoras desenvolvidas por gestores do SUS e de outros países). - Cada laboratório (Atenção às condições Crônicas, Atenção Domiciliar, Gestão do Trabalho, Manejo de obesidade, participação social e saúde suplementar) consiste em grupos de trabalho com temas específicos que compartilham suas experiências e práticas bem sucedidas (casos e debates) que são dados para as publicações das séries técnicas.
SAGE (Sala de Apoio à Gestão Estratégica)	Criado pela Portaria n. 406 de 08 de março de 2012. Portal que reúne todas as informações e dados dispersos nos vários sistemas utilizados pelo SUS (indicadores provenientes de diversas bases de dados) com o objetivo de facilitar o acesso a estas informações e a tomada de decisão estratégica. Organizado por 3 temáticas: Rede	Publicação de relatórios gerenciais por localidade.

	de Programas; Situação de Saúde e Gestão/Financiamento.	
--	---	--

Quadro 2: Ações adotadas pelo poder público para a GC em saúde

Fonte: Elaborado pelos autores

Uma análise sobre as duas políticas direcionadas à saúde (PNIIS e PNCTIS) revela que a primeira adota uma abordagem mais técnica e a segunda incentiva a pesquisa e a geração de conhecimento no âmbito do SUS. Há também uma lacuna importante em relação a estas políticas e que não pode deixar de ser delimitada: O DataSUS foi criado em 2003, momento em que a PNIIS começava a ser discutida. A versão de 2004 (não aprovada) foi rediscutida e mesmo havendo hoje uma série de sistemas de informação e armazenamento de dados (pós geração DataSus), a PNIIS ainda não foi oficialmente regulamentada.

Percebe-se que as políticas públicas e a maior parte das ações governamentais em relação à GC no SUS são voltadas para o uso de ferramentas de TI. De forma generalizada, pode-se dizer que uma das primeiras preocupações dos órgãos públicos responsáveis foi uma adequação às mudanças ocasionadas pela internet a partir da década de 90.

Um olhar sobre as ações listadas no Quadro 2 à luz dos paradigmas adotados por Gloet e Berrell (2003) permite identificar uma predominância intensa da utilização da TI e seus componentes na geração de informações que possam ser úteis ao processo decisório. DataSus, SIASUS, CNES, BVS e BPS são ferramentas à disposição de gestores (tanto público quanto privados ou filantrópicos) pois reúnem dados relevantes para o planejamento dos serviços ofertados pelo sistema. Contudo, constituem-se em meros repositórios de dados, voltados ao acúmulo, armazenamento e manipulação destes elementos.

Outro ponto é a hierarquização e falta de integração destes sistemas. Até 2012 e a criação da SAGE (Sala de Apoio à Decisão), o acesso aos indicadores e bases de dados eram totalmente desconexos e fragmentados. O gestor ou pesquisador que necessitasse de uma visão ampla sobre a situação de saúde de determinada área, precisava se deslocar entre diversos ambientes e sistemas, colher os dados e prepará-los para análise. A unificação dos indicadores era feita somente por meio da publicação de anuários e boletins, de forma que a informação, mesmo assim, era divulgada segundo critérios específicos do sistema.

Neste sentido, pode-se perceber que a SAGE foi um avanço em termos de acesso aos dados disponibilizados por estes sistemas. Contudo, o paradigma predominante ainda era direcionado à TI e seus pressupostos.

O Portal da Inovação na Gestão do SUS representa o rompimento de uma barreira paradigmática. A TI passa a representar o pano de fundo para a orientação relacionada aos recursos humanos. Esta ação pública adota a premissa de que o conhecimento está nas pessoas, nos gestores das instituições de saúde e em suas práticas cotidianas. Através dos laboratórios de inovação há a transformação do conhecimento tácito em explícito, a exposição de processos organizacionais eficientes, o compartilhamento de experiências e a formação de um ciclo de aprendizagem contínuo.

Além disso, todo o conhecimento gerado por espaço de compartilhamento de informações é apreendido e armazenado sobre a forma de publicações temáticas. Estas publicações estão disponibilizadas no site e funcionam como guia de consulta e bases para decisões gerenciais. O portal representa mais que um novo mecanismo de inovação em GC para o SUS, sinaliza o possível avanço conceitual por parte do poder público. É preciso reconhecer que os desafios do SUS são inúmeros e que mecanismos de GC que permitam ir além da simples disposição de dados e indicadores podem representar o avanço do próprio sistema e de sua gestão.

1 Considerações Finais

O objetivo deste artigo foi discutir algumas políticas e práticas públicas direcionadas à Gestão do Conhecimento em relação ao SUS (Sistema Único de Saúde), a partir dos paradigmas adotados por Gloet e Berrell (2003): TI (Tecnologia de Informação), Recursos e Cultural.

Tomando-se a PNIIS (Política Nacional de Informação e Informática em Saúde) e a PNCTIS (Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação na Saúde) foram listadas algumas ações em relação à GC para o sistema. As características, objetivos e resultados destas ações demonstram uma visão pública extremamente arraigada às ferramentas de TI e seu papel no gerenciamento de dados. Além disso, os sistemas e seus subníveis representam informações fragmentadas e que necessitam de junção e relação para se tornarem instrumentos de base para decisões gerenciais, fato que só ocorre com a criação da SAGE (Sala de Apoio à Gestão Estratégica) em 2012.

Já o Portal da Inovação na Gestão do SUS representa uma ruptura com a exacerbação das ferramentas de TI como formas de GC e a introdução da preocupação com o conhecimento como um recurso a ser gerenciado, criado e compartilhado. Apesar da constatação, percebe-se que as ações públicas direcionadas à GC no SUS ainda precisam de maturidade. A cultura organizacional e conseqüentemente o terceiro paradigma adotado por Gloet e Berrell (2003) também devem ser adotados nas políticas e ações direcionadas ao SUS.

Mesmo que os casos discutidos no Portal de Inovação na Gestão do SUS demonstrem contextos diferenciados, as políticas e ações não consideram outros elementos estratégicos para a GC. É preciso que haja um discurso público que leve a GC além dos casos, incentivando as organizações que prestam serviços de saúde a discutirem a própria gestão do conhecimento como elemento estratégico. É preciso ampliar o escopo dos laboratórios de inovação, inclusive no que concerne à discussão do conhecimento em termos gerenciais e inserido em realidades distintas. Somente assim as práticas de GC adotadas pelo poder público poderão contribuir com o alcance dos princípios deliberados na Constituição de 88: através da triangulação entre sistemas informatizados como reservatórios de dados; a geração de conhecimento via compartilhamento de realidades e a adequação destas às situações regionais, organizacionais e humanas. Somente assim um modelo de GC de âmbito nacional possa ser debatido e construído.

Referências

ALMEIDA, C. Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad em América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90". **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 18, n. 4, p. 905-925, 2002.

BARACCHINI, S. A. A inovação presente na administração pública brasileira. **Revista de Administração de Empresas**, abr./jun. 2002, São Paulo, v. 42, p. 104-109, jun. 2002.

BATE, S. P.; ROBERT, G. Knowledge Management and Communities os Practice in the Private Sector : Lessons for Modernizing the National Health Service in England and Wales. *Public Administration*, vol. 80, n. 4, p. 643-663, 2002.

BATISTA, F. F. **Modelo de Gestão do conhecimento para a Administração Pública**: Como implementar a Gestão do Conhecimento para produzir resultados em benefício do cidadão. Rio de Janeiro: IPEA, 2012. 134 p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INSUMOS ESTRATÉGICOS. DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA.

Política Nacional de Ciência Tecnologia e Inovação em Saúde. 2 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 46 p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA EXECUTIVA . DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS. **DATASUS: Trajetória 1991-2002.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 62 p.

CAVALCANTE, R. B.; PINHEIRO, M. M. K. Política Nacional de Informação e Informática em Saúde: avanços e limites atuais. **Perspectivas em Gestão & Conhecimento**, v. 1, n. 2, p. 106-119, 2011.

CHAN, H. S.; CHOW, K. W. Public Management Policy and Practice in Western China: Metapolicy, Tacit Knowledge and Implications for Management Innovation Transfer. **The American Review of Public Administration**, vol. 37, n. 4, p. 479-498, 2007.

CHANG, C. M. et al. Factors affecting knowledge management success: the fit perspective. **Journal of Knowledge Management**, vol. 16, n. 6, p. 847-861, 2012.

CHEN, Q. Towards the Application Framework of Innovation-Based Knowledge Management System with Information Technology. **Advances in Computer Science, Environment, Ecoinformatics and Education**, vol 218, p. 407-412, 2011.

CHEN, C. J.; HUANG, J. W. Strategic human resource practices and innovation performance—The mediating role of knowledge management capacity. **Journal of Business Research**, vol. 62 , p. 104 – 114, 2009.

CHOO, C. W. **A Organização do Conhecimento.** São Paulo: SENAC, 2003.

COHN, A. A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões. **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 25, n. 7, p. 1614-1619, 2009.

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

CONASS (CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE), Nota técnica 44/2013. **A Política Nacional de Informação e Informática em saúde e seu Plano Operativo.** Brasília: CONASS, 2013. 13 p. Disponível em: < <http://www.conass.org.br/NT%2044-%202013%20PNIIS.pdf> > Acesso dia 28 de junho de 2014.

CUNHARAS, S. An interactive integrative approach to translating knowledge and building a “learning organization” in health services management. **Bulletin of the World Health Organization**, vol. 84, n.8, p. 652-657, 2006.

CURRIE, G. et al. The Limits of Knowledge Management for UK Public Services Modernization: The Case of Patient Safety and Service Quality. **Public Administration**, vol. 86, n. 2, p. 363–385, 2008.

ESCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R.; EDLER, F. C. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J. M. (Orgs.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 59-81.

FLAGG, J. L.; LANE, J. P.; LOCKETT, M. M. Need to knowledge (NtK) Model: na evidence-based framework for generating technological innovations with socio-economic impacts. **Implementation Science**, vol. 8, n. 21, p. 1- 10, 2013.

GERSCHMAN, S.; SANTOS, M. A. B. O Sistema Único de Saúde como desdobramento das políticas de saúde do século XX. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. Vol. 21, n. 6, p. 177 – 227, 2006.

GLOET, M.; SAMSON, D. Knowledge Management to Support Systematic Innovation Capability. 46th **Hawaii International Conference on System Sciences**, 2013.

GLOET, M.; SAMSON, D. Knowledge Management and Innovation Performance in Australian Service Sector Organizations. 45th **Hawaii International Conference on System Sciences**, 2012.

GLOET, M.; BERREL, M. The dual paradigm nature of knowledge management: implications for achieving quality outcomes in human resource management. **Journal of Knowledge Management**, vol. 7, n. 1, p. 78-89, 2003.

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

HUAN, C. E.; CHEN, Y. C.; CHEN, F. C. Research on Knowledge Management with Innovation Performance Based on Information Technology-Organizational Culture Perspective. **Advances in Computer Science, Environment, Ecoinformatics and Education**, vol. 218, p. 139-143, 2011.

JUNIOR, A. G. S.; ALVES, C. A. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, M. V.; CORBO, A. D. (Orgs.) **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. 240 p.

LAI, Y. L. et al. The effects of industry cluster knowledge management on innovation performance. **Journal of Business Research**, vol. 67, p. 734 – 739, 2014.

LEE et al. An Analysis of Knowledge Management Mechanisms in Healthcare Portals. **Journal of Librarianship and Information Science**, vol. 42, n.1, p. 20-44, 2010.

LEITE, F. C. L.; COSTA, S. M. S. Gestão do Conhecimento Científico: proposta de um modelo conceitual com base em processos de comunicação científica. **Ciência da Informação**, vol. 36, n. 1, p. 92-107, 2007.

LIN, H. F. Examining the factors influencing knowledge management system adoption and continuance intention. **Knowledge Management Research & Practicte**, vol. 11, n. 4, p. 389-404, 2013.

LING, L. S. An Information Communication Technologies (ICTs) View of Knowledge Management (KM) Processes. **16th International-Business-Information-Management-Association Conference** . Kuala Lumpur, Malaysia, 2011.

LING, Y. H. The influence of intellectual capital on organizational performance—Knowledge management as moderator. **Asia Pacific journal of management**, vol. 30, n.3, p. 937-964, 2013.

MACHADO, R.; LOUREIRO, A.; LUZ, R.; MURICY, K. **Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MACHADO, M. F. A.S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 12, n. 2, p. 335 – 342, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Banco de Preços em Saúde: BPS**. Eixo 2, vol .2 Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 164 p.

NONAKA, I. TAKEUCHI, H. **Criação de conhecimento na empresa**. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

OLUIKPE, P. Developing a corporate knowledge management strategy. **Journal of Knowledge Management**, vol. 16, n. 6, p. 862-878, 2012.

ORZANO, A. J. et al. A Knowledge Management Model: Implications for Enhancing Quality in Health Care. **Journal of the American Society for Information Science and Technology**, vol. 59, n.3, p. 489-505, 2008.

PAIM, J. S. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 29, n. 10, p. 1927-1953, 2013.

PANDEY, S. C. DUTTA, A. Role of knowledge infrastructure capabilities in knowledge management. **Journal of Knowledge Management**, vol. 17, n. 3, p. 435-453, 2013.

PENROSE, E. **The Theory of the Growth of the Firm**, John Wiley: New York, 1950.

PEREIRA, H. J. **Bases Conceituais de um Modelo de Gestão para Organizações Baseadas no Conhecimento**. Anais do XXII Simpósio de Gestão da Inovação Tecnológica. Salvador: NPGCT/USP, 2002.

POPAITON, S. SIENGTHAI, S. The moderating effect of human resource management practices on the relationship between knowledge capacity and project performance in project-oriented companies. **International Journal of Project Management**, vol. 32, p. 908-920, 2014.

ROSSETTI, A. G.; MORALES, A. B. T. O papel da tecnologia da informação na gestão do conhecimento. **Ciência da Informação**, vol. 36, n. 1, p. 124-135, 2007.

SAUD, M. S. et al. Effective integration of information and communication technologies (ICTs) in technical and vocational education and training (TVET) toward knowledge

management in the changing world of work. **African Journal of Business Management**, vol. 5, n. 16, p. 6668 – 6673, 2011.

SIQUEIRA, J. E. 25 anos do SUS: o que há para comemorar? **O Mundo da Saúde**, vol. 37, n.1, p. 56-64, 2013.

STOLLENWERK, M. F. L. Gestão do conhecimento: conceitos e modelos. In: TARAPANOFF, K. **Inteligência organizacional e competitiva**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2001. p. 143-163.

TEIXEIRA FILHO, J. **Gerenciando conhecimento**. Rio de Janeiro: Ed. Senac, 2000. 191p.

TEMPORÃO, J. G. O Programa Nacional de Imunização (PNI): origens e desenvolvimento. **História, Ciências e Saúde**, vol.10, n.2, p. 601-617, 2003.

TERRA, J. C. C. **Gestão do Conhecimento**. São Paulo: Negócio Editora, 2000.

QUINN, J. B.; BARUCH, J. J.; ZIEN, K. A. Innovation explosion: using intellect and software to revolutionize growth strategies. New York : Free Press, 1997

VILLAR, C. et al. Exploring the role of knowledge management practices on exports: A dynamic capabilities view. **International Business Review**, vol. 23, p. 38-44, 2014.