



Alicerces e Adversidades das Ciências da Saúde no Brasil

**Claudiane Ayres
(Organizadora)**

Atena
Editora
Ano 2019

Claudiane Ayres

(Organizadora)

Alicerces e Adversidades das Ciências da Saúde no Brasil

Atena Editora
2019

2019 by Atena Editora
Copyright © Atena Editora
Copyright do Texto © 2019 Os Autores
Copyright da Edição © 2019 Atena Editora
Editora Executiva: Prof^a Dr^a Antonella Carvalho de Oliveira
Diagramação: Karine de Lima
Edição de Arte: Lorena Prestes
Revisão: Os Autores

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^a Dr^a Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Prof^a Dr^a Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Prof^a Dr^a Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Prof^a Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof^a Dr^a Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof^a Dr^a Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Prof^a Dr^a Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Darllan Collins da Cunha e Silva – Universidade Estadual Paulista
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof^a Dr^a Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Prof.^a Dr.^a Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará

Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Conselho Técnico Científico

Prof. Msc. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo
Prof. Dr. Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba
Prof. Msc. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Prof.ª Drª Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Prof. Msc. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Msc. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará
Prof. Msc. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista
Prof.ª Msc. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
Prof. Msc. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof.ª Msc. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal
Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)	
A398	Alicerces e adversidades das ciências da saúde no Brasil [recurso eletrônico] / Organizadora Claudiane Ayres. – Ponta Grossa (PR): Atena Editora, 2019. Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-85-7247-594-5 DOI 10.22533/at.ed.945190309 1. Ciências da saúde – Pesquisa – Brasil. 2. Saúde – Brasil. I. Ayres, Claudiane. CDD 362.1
Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422	

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná - Brasil
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

Com o grande crescimento da população e da expectativa de vida no decorrer dos últimos anos, os cuidados com a saúde passaram a ser vistos como primordiais para a manutenção de uma boa qualidade de vida. Dessa maneira, a busca por profissionais de saúde qualificados, fez com que a área de Ciências da Saúde se tornasse uma das áreas de formação mais almejadas. Tal ciência engloba diversas áreas de formação cujo intuito é promoção, prevenção, tratamento e controle dos problemas de saúde, estando diretamente relacionados a fatores epidemiológicos, demográficos, sociais, políticos, ambientais, etc.

Sendo saúde definida como estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de enfermidade, objetiva-se através das Ciências da Saúde e suas vertentes relacionadas à Saúde Pública e Saúde Coletiva, a atuação eficiente através de medidas que buscam garantir o bem-estar físico, mental e social da população. Além disso, constitui-se numa área de grande importância, não apenas por promover, prevenir e tratar agravos, mas também pela busca constante de inovação através de pesquisas.

Independente da formação profissional (medicina, enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, odontologia, farmácia, educação física, nutrição, biomedicina e tantas outras), a formação na área de Ciências da Saúde busca contribuir na formação de profissionais capazes de assistirem à população com excelência dos serviços prestados.

Levando em consideração a grande importância dessa área de formação, a Alicerces e Adversidades das Ciências da Saúde no Brasil, oferece ao leitor a oportunidade de se inteirar e conhecer a respeito de diferentes temáticas na área da saúde. A obra encontra-se composta por 30 trabalhos científicos, que abrangem a importância da promoção e prevenção de saúde, bem como do tratamento e manejo adequado de pacientes com diferentes doenças e agravos. Os artigos científicos abordam assuntos de grande relevância como atenção básica, saúde mental, saúde do idoso, saúde bucal, saúde ambiental, atividade física, reabilitação, movimento e capacidade funcional, nutrição, epidemiologia, cuidados de enfermagem, pesquisas com medicamentos, entre outros. Diante da necessidade incessante de se buscar qualificação e atualização para uma boa abordagem preventiva e terapêutica esse e-book contribuirá para ampliar seus conhecimentos na área das Ciências da Saúde.

Boa leitura!

Claudiane Ayres

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
AMBIENTE CARCERÁRIO: ESTRUTURA E ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM ÁREAS DE FRONTEIRA	
Leticia Silveira Cardoso	
Laísa Saldanha de Saldanha	
Nara Regina da Costa e Silva Tarragó	
Ana Caroline da Silva Pedroso	
DOI 10.22533/at.ed.9451903091	
CAPÍTULO 2	12
AVALIAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM SENTIMENTO DE IMPOTÊNCIA E DISTÚRPIO NA IMAGEM CORPORAL EM PACIENTES COM FERIDAS CRÔNICAS	
Rayara Isabele de Andrade Silva	
Simone Vilela da Silva	
Maiume Roana Ferreira de Carvalho	
DOI 10.22533/at.ed.9451903092	
CAPÍTULO 3	25
ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO EM ATENDIMENTO DE ACOMPANHANTES EM GRUPO DE SALA DE ESPERA EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	
Ana Jakellyne Pecori Viana	
Euniceneia Alves de Souza Muniz	
Hélcio Hiromi Kikuti	
DOI 10.22533/at.ed.9451903093	
CAPÍTULO 4	31
DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS, ECONÔMICOS, CLÍNICOS E OBSTÉTRICOS DE GESTANTES DIABÉTICAS ASSISTIDAS EM UMA MATERNIDADE	
Raissa Fernanda da Silva Santos	
Aldaiza Ferreira Antunes Fortes	
DOI 10.22533/at.ed.9451903094	
CAPÍTULO 5	40
AVALIAÇÃO RADIOGRÁFICA DO SUCESSO NOS TRATAMENTOS ENDODÔNTICOS REALIZADOS POR GRADUANDOS DE ODONTOLOGIA	
Marina Albuquerque Gatto	
Camille Ane Claus	
Beatriz de Fátima Ritzmann	
Aline Agnes Guerreiro	
Ana Katarina Martins	
Fernanda Freitas Lins	
Manoelito Ferreira Silva Junior	
Edna Zakrzewski Padilha	
Fabrício Rutz da Silva	
DOI 10.22533/at.ed.9451903095	

CAPÍTULO 6	50
DINÂMICAS <i>MINDFULNESS</i> NA EDUCAÇÃO POPULAR	
Lucas Ribeiro Marques Campos de Oliveira André Carvalho Costa Maria Luiza Corrêa Mônica de Andrade Salvador Boccaletti Ramos	
DOI 10.22533/at.ed.9451903096	
CAPÍTULO 7	62
EDUCAR EM SAÚDE: RELATO DE UMA ATIVIDADE DE ENFERMAGEM NO CUIDADO PROMOVIDO A GESTANTES E PUÉRPERAS	
Francielle Morais de Paula Sandra Beatris Diniz Ebling	
DOI 10.22533/at.ed.9451903097	
CAPÍTULO 8	66
EFEITO DO ENVELHECIMENTO SOBRE O RACIOCÍNIO CLÍNICO: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	
Iana Simas Macedo Camila Pinto De Nadai Arnaldo Aires Peixoto Júnior João Macedo Coelho Filho Sílvia Mamede Studart Soares	
DOI 10.22533/at.ed.9451903098	
CAPÍTULO 9	73
APREENSÃO E ADESÃO DAS ORIENTAÇÕES SOBRE AUTOCUIDADO DOS PÉS POR INDIVÍDUOS PORTADORES DE DIABETES MELLITUS	
Amariles Viega Silva Érica Toledo de Mendonça Luana Vieira Toledo Nádia Aparecida Soares Diogo Camila Gomes Mesquita Jéssika Ferreira Campos Lanna de Castro Cabral Gonçalves	
DOI 10.22533/at.ed.9451903099	
CAPÍTULO 10	87
BIOLOGIA MOLECULAR NO DESENVOLVIMENTO DE FÁRMACOS	
Tarcísio Silva Borges Elizaine Fernandes da Silva Aroldo Vieira de Moraes Filho	
DOI 10.22533/at.ed.94519030910	
CAPÍTULO 11	100
ESTRATÉGIAS À ACESSIBILIDADE DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA: PESQUISA DOCUMENTAL	
Leticia Silveira Cardoso Rafael Rodrigues Ferreira Ana Caroline da Silva Pedroso	
DOI 10.22533/at.ed.94519030911	

CAPÍTULO 12 111

LESÕES EM CORREDORES DE RUA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Anne Louise de Souza Soares
Loiane Samara Da Silva Amorim
Jacqueline Araújo Bezerra
Sandy Verissan Corrêa Araújo
Tereza Cristina Dos Reis Ferreira

DOI 10.22533/at.ed.94519030912

CAPÍTULO 13 122

GESTÃO DO CONHECIMENTO: APOIO À INTEGRAÇÃO ENTRE O ENSINO E O SERVIÇO EM SAÚDE

Marcelo Leandro de Borba
Sandra Aparecida Furlan
Selma Cristina Franco
Patrícia Magri

DOI 10.22533/at.ed.94519030913

CAPÍTULO 14 138

ESTUDO DA INFLUÊNCIA DA TEMPERATURA NA SÍNTESE DE TORULARODINA E NA MELHOR PROPORÇÃO DE PIGMENTOS INTRACELULARES EM SPOROBOLOMYCES RUBERRIMUS

Brunno Fontanella Bachmann
Matheus Gonçalves Severo
Lígia Alves da Costa Cardoso
Karen Yuri Feitosa Kanno
Natalia Namie Stersi
Priscila Gerlach Freitas

DOI 10.22533/at.ed.94519030914

CAPÍTULO 15 151

MUDANÇA DE CULTURA ORGANIZACIONAL NO PROCESSO DE MEDICAÇÃO SEGURA EM UMA ENFERMARIA PEDIÁTRICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Luciene Lima da Silva
Suelen Reiniack

DOI 10.22533/at.ed.94519030915

CAPÍTULO 16 158

O SUJEITO SURDO E SAÚDE MENTAL: RELATO DE UM CASO DE INTERVENÇÃO BIOPSISSOCIAL EM PSICOTERAPIA

Carlan Gomes Pachêco da Silva
Ruano de Brito Alves
Monique Cavalcanti Martins Oliveira
Aline Cristina Diniz de Santana
Thatyane Alice de Souza Costa

DOI 10.22533/at.ed.94519030916

CAPÍTULO 17 169

PERFIL DAS MÃES ADOLESCENTES ASSISTIDAS EM UMA MATERNIDADE

Natacha Naés Pereira Peixoto
Camilla Alexia Sales e Silva
Aldaíza Ferreira Antunes Fortes

DOI 10.22533/at.ed.94519030917

CAPÍTULO 18 181

PERFIL NUTRICIONAL DE ADOLESCENTES DE UMA ESCOLA MUNICIPAL DE SOBRAL- CE E PROMOÇÃO DA SAÚDE NO CONTEXTO DA INTERSETORIALIDADE

Normanda de Almeida Cavalcante Leal
Lysrayane Kerullen David Barroso
Karine da Silva Oliveira
Karlla da Conceição Bezerra Brito Veras
Carlos Felipe Fontelles Fontineles
Mônica Silva Farias
Iane Rikaelle Coelho Lopes
Letícia Ximenes Albuquerque
Sebastiana Rodrigues da Silva
Ana Karoline Santos Silva
Suênia Évelyn Simplício Teixeira
Pamella Karoline Barbosa Sousa

DOI 10.22533/at.ed.94519030918

CAPÍTULO 19 189

POLÍTICA DE SEGURANÇA DO PACIENTE E PRÁTICA PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL PÚBLICO

Ilza Iris dos Santos
Erison Moreira Pinto
Mirilene Pereira da Silva Costa
Kalyane Kelly Duarte de Oliveira
Rodrigo Jacob Moreira de Freitas
Alcivan Nunes Vieira
Maria Alyne Lima dos Santos
Luana Lucena Formiga

DOI 10.22533/at.ed.94519030919

CAPÍTULO 20 201

PRODUÇÃO CIENTÍFICA NA ÁREA DE SAÚDE COM FOCO NA PESSOA SURDA: UMA BIBLIOMETRIA

José Allyson da Silva
Antônio Carlos Cardoso
Anderson José de Andrade
Fellipe da Silva Matos
Morgana Manoela da Silva
Allisson Onildo da Silva

DOI 10.22533/at.ed.94519030920

CAPÍTULO 21 205

PROMOÇÃO A SAUDE EM PACIENTE COM DEFORMIDADE DE SPRENGEL

Rogério Benedito Almeida Filho
Lucas Carvalho Ribeiro Mendes Lima
Ricardo Henrique Delgado Jorge
Emerson Luis de Moraes
Hêmily Franklin Alves
Fabio Kiss Ticli

DOI 10.22533/at.ed.94519030921

CAPÍTULO 22 211

RASTREAMENTO DA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO UTERINO EM MULHERES DO MUNICÍPIO DE FORQUILHA-CE

Danielle d'Ávila Siqueira Ribeiro
Edna Kátia Carlos Siqueira
Francisco Ricardo Miranda Pinto
Maria Michelle Bispo Cavalcante
Aldecira Uchôa Monteiro Rangel
Flávio Araújo Prado
Liliana Vieira Martins Castro

DOI 10.22533/at.ed.94519030922

CAPÍTULO 23 223

RELIGIOSIDADE NA TERCEIRA IDADE NO MUNICÍPIO DE JATAÍ (GO)

Daisy de Araújo Vilela
Isadora Prado de Araújo Vilela
Marina Prado de Araújo Vilela
Ludimilla Tiago Souza
Ana Lúcia Rezende Souza
Isabela Santos Lima
Luana Beatriz Almeida Souza
Julia Ester Goulart Silvério de Carvalho
Kátia da Silveira Ferreira
Juliana Alves Ferreira
Pedro Vitor Goulart Martins
Marianne Lucena da Silva
Naiana Zaiden Rezende Souza
Renata Machado de Assis

DOI 10.22533/at.ed.94519030923

CAPÍTULO 24 234

SUICÍDIO: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE UMA CIDADE DO SUL DE MINAS

Larah Pereira Rafael
Débora Vitória Alexandrina Lisboa Vilella

DOI 10.22533/at.ed.94519030924

CAPÍTULO 25 244

IMPLANTAÇÃO DA SAÚDE ENXUTA COMO TÉCNICA GERENCIAL PARA MELHORAR O DESEMPENHO DE UM LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Ricardo Pereira
Mehran Misaghi
Álvaro Paz Graziane

DOI 10.22533/at.ed.94519030925

CAPÍTULO 26 269

THC, CANABIDIOL E SEUS DERIVADOS, O USO MEDICINAL DA MACONHA: UMA REVISÃO DA LITERATURA

Cristina Martins de Carvalho
Handell Gabriel de Almeida

DOI 10.22533/at.ed.94519030926

CAPÍTULO 27 278

TREINAMENTO DE FORÇA DE CURTA DURAÇÃO EM AMBIENTE AQUÁTICO: EFEITOS EM NÍVEIS HIPERTRÓFICOS

Ana Karênina Sá Fernandes
Déborah Santana Pereira
Ricardo Barroso Lima
Ronízia Ramalho Almeida
Paulo Rogério Pimentel Brayner
Pedro Lins Cipriano
Leonardo de Oliveira Figueiredo
Jarluce Pontes Oliveira
Cássio Afonso Silva
Ialuska Guerra

DOI 10.22533/at.ed.94519030927

CAPÍTULO 28 286

INTERVENÇÃO CIRÚRGICA MEDIATA X IMEDIATA EM FRATURAS MANDIBULARES

Josfran da Silva Ferreira Filho
Samuel Rocha França
Karen Ananda Souza da Silva
Breno Souza Benevides
Mariana Canuto Melo de Souza Lopes
Gustavo da Silva Antunes
Renan Ribeiro Benevides
Kalina Santos Vasconcelos
Vinícius Rodrigues Gomes
Nara Juliana Custódio de Sena
Jayara Ferreira de Aguiar
Marcelo Bonifácio da Silva Sampieri

DOI 10.22533/at.ed.94519030928

CAPÍTULO 29 294

VISÃO DOS DIABÉTICOS ACERCA DA AUTOAPLICAÇÃO DE INSULINA

Raissa Fernanda da Silva Santos
Aldaiza Ferreira Antunes Fortes

DOI 10.22533/at.ed.94519030929

CAPÍTULO 30 303

EFEITO DO USO DA BANDAGEM ELÁSTICA FUNCIONAL ASSOCIADA A CINESIOTERAPIA NO PADRÃO DE MARCHA EM HEMIPARÉTICOS VÍTIMAS DE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO NAS FASES AGUDA E CRÔNICA DE RECUPERAÇÃO

Eduardo Antonio Mendonça da Silva
Bruno Schmidt da Costa
Pâmela Rodrigues Lemes
Tamires da Silva Vieira
Adriana Leite Martins

DOI 10.22533/at.ed.94519030930

CAPÍTULO 31 315

ANÁLISE HISTOLÓGICA DO RIM E FÍGADO DE *RATTUS NOVERGICUS* COM DIABETES INDUZIDO POR ALOXANO TRATADOS COM OS FRUTOS DA *MOMORDICA CHARANTIA L.* (MELÃO DE SÃO CAETANO)

Bruna Fernandes Antunes
Karina Gislene de Matos
Márcia Clélia Leite Marcellino
Dulce Helena Jardim Constantino

DOI 10.22533/at.ed.94519030931

CAPÍTULO 32 325

PROMOÇÃO A SAÚDE EM PACIENTE COM DISTÚRPIO NA IMAGEM CORPORAL

Rogério Benedito Almeida Filho
Lucas Carvalho Ribeiro Mendes Lima
Ricardo Henrique Delgado Jorge
Emerson Luis de Moraes
Hemilly Franklin Alves
Fabio Kiss Ticali

DOI 10.22533/at.ed.94519030932

SOBRE A ORGANIZADORA..... 331

ÍNDICE REMISSIVO 332

GESTÃO DO CONHECIMENTO: APOIO À INTEGRAÇÃO ENTRE O ENSINO E O SERVIÇO EM SAÚDE

Marcelo Leandro de Borba
Sandra Aparecida Furlan
Selma Cristina Franco
Patrícia Magri

KNOWLEDGE MANAGEMENT: SUPPORT FOR INTEGRATION BETWEEN TRAINING AND HEALTH CARE ASSISTANCE

RESUMO: O objetivo deste estudo é apresentar um modelo de gestão do conhecimento (GC) que articule o ensino e o serviço em saúde, fundamentado na educação interprofissional – EIP e prática colaborativa. Trata-se de estudo teórico que a partir da definição de direcionadores estratégicos, seguiu o modelo proposto por Batista¹ para a administração pública. Foram definidos os fatores críticos de sucesso; a tecnologia; processos, pessoas e aprendizagem (PPA); o processo interativo de GC; o ciclo KDCA; os resultados de GC e o papel da liderança na GC como componentes do modelo. O modelo apresenta um fluxo do conhecimento para que haja boa comunicação entre as pessoas, para que as ações de EIP e práticas colaborativas possam ocorrer e garantir que a finalidade das instituições, seja assistencial ou formadora em saúde, seja atingida.

PALAVRAS-CHAVE: Gestão do Conhecimento. Integração. Formação. Assistência em saúde.

ABSTRACT: The objective of this study is to present a knowledge management (KM) model that articulates health education and assistance, based on interprofessional education - IEP and collaborative practice. It is a theoretical study that, based on the definition of strategic drivers, followed the model proposed by Batista¹ for the public administration. Critical success factors were defined; technology; processes, people and learning (PPA); the interactive process of KM; the KDCA cycle; the results of KM and the role of leadership in KM as components of the model. The model presents a flow of knowledge so that, not only there is good communication between people, but also the actions of IEP and collaborative practices can occur and ensure that the purpose of the institutions is reached, either being it health care or training.

KEYWORDS: Knowledge Management. Integration. Academic training. Health care.

GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO: APOYO A LA INTEGRACIÓN ENTRE FORMACIÓN Y ASISTENCIA EN SALUD

RESUMEN: El objetivo de este estudio es presentar un modelo de gestión del conocimiento (GC) que articule la formación y la asistencia en

salud, fundamentado en la educación interprofesional - EIP y práctica colaborativa. Se trata de un estudio teórico que a partir de la definición de directores estratégicos, siguió el modelo propuesto por Batista¹ para la administración pública. Se definieron los factores críticos de éxito; la tecnología; procesos, personas y aprendizaje (PPA); el proceso interactivo de GC; el ciclo KDCA; los resultados de GC y el papel del liderazgo en la GC como componentes del modelo. El modelo presenta un flujo de conocimiento para que haya buena comunicación entre las personas, para que las acciones de EIP y prácticas colaborativas puedan ocurrir y garantizar que la finalidad de las instituciones, sea asistencial o formadora en salud, sea alcanzada.

PALABRAS CLAVE: Gestión del conocimiento. Integración. Formación. Asistencia en salud.

1 | INTRODUÇÃO

As profissões de nível superior reconhecidas e regulamentadas na área da saúde, possuem competências e habilidades que caracterizam a atuação do profissional. Essa atuação deve considerar as especificidades da profissão e, ao mesmo tempo, reconhecer seus limites e necessidades de interação com outros profissionais de saúde, para que o cuidado em saúde se dê de forma integral, garantindo o alinhamento com a política nacional de saúde.

A adoção do conceito ampliado de saúde e adotado pelo SUS considera a saúde como resultado do modo de viver das pessoas, influenciado por vários fatores e determinantes sociais que interferem na qualidade de vida do sujeito (BUSS e PELLEGRINI FILHO, 2007), exige olhares distintos, por diferentes profissionais, que atuem de forma integrada e colaborativa.

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

A EIP pode ser praticada em diferentes momentos da formação, ou seja, da graduação à educação permanente. Essa prática está ancorada nos pilares da colaboração, que inclui a comunicação, o compartilhamento, a confiança e o respeito mútuo (D'AMOUR e OANDASAN,2005). E quando adotada nos cenários que integram a formação e assistência, podem resultar em atuação profissional menos especializada/ uniprofissional, e mais colaborativa/ interprofissional.

Reeves et al. (2016) afirma que a EIP envolve dois ou mais profissionais que aprendem juntos de modo interativo para melhorar a colaboração e qualidade da atenção à saúde, e quando adotada nos cenários que integram o ensino e o serviço,

pode resultar em atuação profissional menos especializada/ uniprofissional, e mais colaborativa/ interprofissional.

Toda essa integração e colaboração precisa ser (re)aprendida pois, ao longo do século XX, os profissionais passaram a atuar de forma isolada e uniprofissional em decorrência da consolidação do modelo biomédico que se deu concomitantemente aos inegáveis avanços científicos que resultaram no controle e cura das doenças infectocontagiosas, ocasionando uma mudança no perfil demográfico das populações, especialmente em países desenvolvidos (OMS,2010).

Entretanto, a partir de meados do século XX, este modelo de atenção mostrou-se insuficiente para enfrentar as novas necessidades de saúde colocadas em decorrência do aumento da longevidade, tais como as doenças crônicas, e aquelas oriundas das transformações sociais recentes (ambientais, urbanas, relativas ao trabalho e ao modo de vida das pessoas), que ocasionaram o recrudescimento de doenças infectocontagiosas e o surgimento de novas doenças. Este quadro sanitário complexo impôs modificações na organização da atenção à saúde e passou a exigir um novo perfil aos profissionais de saúde, com competências para atuar no cenário da atenção primária, em equipes multiprofissionais, e considerar o modo de viver das pessoas e os determinantes sociais, culturais e ambientais do processo saúde-doença. Seria necessário melhorar o desempenho dos sistemas de saúde, adaptando as competências profissionais básicas a contextos específicos, com base no conhecimento global (FRENK et al., 2010). Para tanto, se faz importante trabalhar em equipe, de maneira que as diferentes abordagens e especificidades da formação possam reconhecer os fatores que afetam a qualidade de vida e saúde dos sujeitos.

O principal desdobramento destas mudanças para as práticas profissionais é que todo esse processo precisa ser aprendido, em especial durante a formação. Para tanto, é muito importante que as experiências vivenciadas durante esse período sejam articuladas com os cenários de prática, como indicam as DCN dos diferentes cursos da área da saúde.

Conforme explicitado na Constituição Federal de 1988⁵ e na Lei Orgânica 8080/90⁶, o SUS é o ordenador da formação. Isso implica que os serviços públicos de saúde sejam espaços em que os futuros profissionais irão interagir, na presença de profissionais de saúde e da comunidade. No entanto, essa interação precisa ser articulada e implica diálogo e acordos entre a gestão municipal de saúde e as instituições formadoras.

A gestão municipal de saúde tem por finalidade específica organizar a oferta de assistência à saúde para a população. Quanto à universidade, a finalidade é a formação dos futuros profissionais, ancorada no tripé – ensino, pesquisa e extensão. Essa articulação entre duas instituições com diferentes finalidades, porém com compromissos que se complementam, exige que a gestão de ambas se comunique e acorde seus compromissos para que os resultados possam ser alcançados, tanto em relação à formação, quanto à assistência.

Outro aspecto a ser considerado é que nas instituições de ensino superior, em especial nas universidades, o espaço é apropriado para produção, sistematização e disseminação do conhecimento científico (RUSU,2006). A disseminação é essencialmente explícita, que pode ser exemplificada pelos resultados de pesquisas científicas comunicadas em eventos, ou na forma escrita, por meio de livros, artigos, teses e dissertações. Já nos cenários de práticas, o conhecimento que norteia a atuação dos profissionais tem um aspecto muito mais tácito e pode ser evidenciado na atuação desses profissionais por meio de observações e trocas de experiências entre os partícipes, sejam estudantes, profissionais ou comunidade.

Esse contexto de interação entre duas instituições com finalidades diferentes, instiga propor um modelo de gestão do conhecimento (GC) a fim de favorecer os processos de criação, organização e disseminação do conhecimento, que apoie e contribua para articulação entre o ensino e o serviço, fundamentado na EIP.

É um novo ambiente no mundo do trabalho em saúde, que vem exigindo práticas interprofissionais para alcançar os melhores resultados. Sendo assim, o conhecimento é considerado elemento chave para que isso ocorra. É nas possibilidades de investigação, registros das experiências e discussões que possam alimentar e retroalimentar as práticas em saúde, que os melhores resultados poderão ser alcançados, tanto quanto surgirem práticas inovadoras.

A evolução do conhecimento vem transformando a sociedade, seja nos aspectos econômicos, sociais ou culturais. Atualmente as melhores práticas, as soluções inovadoras, os processos de descobertas ou novos *insights* em uma organização consideram a relevância da informação e do conhecimento nos processos gerenciais (NONAKA e TAKEUCHI,1997).

Um modelo “é uma descrição concisa e holística dos principais elementos, conceitos e princípios de uma área de conhecimento, que busca explicá-la e define um desenho padronizado do seu conteúdo”. (SILVA p.17)

Rubenstein-Montano et al. (2001) consideram que o estudo da GC exige a adoção de um olhar abrangente, que pode ser traduzido pelo pensamento sistêmico, ou seja, reconhecer que o todo é muito mais do que a soma das partes. Para tanto é importante que as instituições sejam guiadas por direcionadores que apontem às pessoas, o caminho, as estratégias e os resultados a serem alcançados.

Assim, o modelo de GC proposto neste trabalho visa apresentar o fluxo do conhecimento necessário, para que na interação entre estudantes e/ou profissionais de mais de uma profissão, possam ser geradas práticas colaborativas nos cenários de promoção e/ou recuperação da saúde, e que o conhecimento produzido por meio interação ensino -serviço possa contribuir e/ou alimentar novos estudos acadêmicos com vistas a aperfeiçoar cada vez mais as práticas de atenção à saúde. Sendo assim, a proposta é que o modelo de gestão do conhecimento contribua para organizar, integrar e otimizar os processos de criação, socialização, apropriação e comunicação do conhecimento em um ambiente de articulação entre ensino e serviço em saúde,

bem como, definir uma missão, visão e valores comuns, que possam estimular a EIP.

É um estudo inovador e desafiador, pois articular os conceitos da GC com da EIP algumas vezes parece contraditório. Os pesquisadores da GC estão inseridos nas teorias de gestão, uma abordagem mais técnica e objetiva, enquanto que os estudiosos da EIP se amparam na saúde e nas ciências sociais e humanas. Sendo assim, se faz necessário articular e compreender que muitas vezes os termos parecem contraditórios, porém na sua interpretação é possível associar.

Ademais, cabe destacar que a falta de GC pode ocasionar perdas históricas referentes às práticas de educação interprofissional. O conhecimento produzido e os resultados em saúde devem ser o centro do processo. É necessário garantir a gestão destes conhecimentos, por meio de processos sistemáticos para que em outros e diferentes momentos, essa experiência possa ser referência, seja para **implantação ou inovação na articulação ensino - serviço**.

Sendo assim, o objetivo deste estudo é apresentar um modelo de GC que apoie a integração entre o ensino e o serviço em saúde, fundamentado na EIP.

2 | METODOLOGIA

Estudo teórico em publicações (livros, artigos, monografias) sobre GC, formação e assistência em saúde, e educação interprofissional nas bases de dados EBSCO, Lilacs, Medline, Pubmed, Bireme.

A construção do modelo iniciou-se pela definição dos direcionadores estratégicos para apoiar a integração entre a formação e a assistência, e seguiu as orientações apresentadas nos estudos de Batista (2012, 2014), que prevê modelos específicos para administração pública e identifica cinco componentes:

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

Além das orientações contidas nos estudos de Batista (2012, 2014), o modelo considera os conceitos e os modos de conversão do conhecimento apresentados por Nonaka e Takeuchi (1997) no modelo SECI. Considera-se também que as dimensões

tácita, explícita e cultural do conhecimento (PROBST et al., 2002), e as possibilidades de conversão do conhecimento por meio da socialização, exteriorização, combinação e internalização, previstas na espiral do conhecimento (NONAKA e TAKEUCHI, 1997), favorecem a criação, organização e utilização do conhecimento presentes nos processos de EIP.

O modelo contempla a descrição e a prescrição dos processos, que articulam a GC e EIP, que podem apoiar a integração entre o ensino e o serviço em saúde.

A descrição do modelo se inicia pela apresentação dos direcionadores estratégicos e a prescrição está apresentada na sequência e, de forma sintética, representa os caminhos a percorrer diante da integração formação - assistência em saúde para alcançar os resultados esperados.

Esta pesquisa seguiu as orientações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e teve seu início após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE: 61428616.6.0000.5366).

3 | O MODELO DESCRITIVO DE GC E OS DIRECIONADORES ESTRATÉGICOS PARA APOIAR A INTEGRAÇÃO ENTRE FORMAÇÃO E ASSISTÊNCIA FUNDAMENTADO NA EIP

Os direcionadores estratégicos propostos, que neste caso, estão fundamentados na EIP, seguem as orientações contidas no Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa (OMS,2010) e outros estudos sobre o tema a exemplo de Vries-Erich et al.(2017) e Reeves, et al (2016). Esses direcionadores se traduzem pela missão, visão e valores e se desdobram em objetivos estratégicos, estratégias, metas, dificuldades de conhecimento, objetivos futuros da GC e estratégias de GC. Todos esses direcionadores devem estar bem alinhados para que possam orientar as pessoas, e para que o modelo de GC contemple e assegure os resultados esperados, conforme destaca Batista (2012).

São eles: missão, visão e valores.

MISSÃO: Promover a EIP na formação e educação permanente em saúde, por meio de estratégias articuladas com pessoas de mais de uma profissão, buscando a colaboração interprofissional e melhores resultados em saúde para a população.

VISÃO: Ser implementada em diferentes cenários de formação e educação permanente em saúde, com a participação e interação de pessoas de mais de uma profissão, atuando colaborativamente, resultando na melhoria da qualidade da formação e das condições de saúde das pessoas.

VALORES: Ética,
Comunicação, Colaboração e
Inovação.

4 | O MODELO DESCRITIVO DE GC E OS FATORES CRÍTICOS DE SUCESSO OU VIABILIZADORES

Os fatores críticos de sucesso, também conhecidos como viabilizadores, são elementos que potencializam a GC, ou seja que incentivam a criação, organização e disseminação do conhecimento.

Para um modelo de GC que apoie a integração entre o ensino e o serviço, fundamentado na EIP, existem elementos viabilizadores essenciais, em diferentes níveis organizacionais denominados determinantes macro, meso e micro (AGRELI et al.,2018).

No nível organizacional micro, ou seja, na instituição formadora e no serviço público de saúde, os fatores críticos de sucesso ou viabilizadores para a GC são o que a OMS denomina mecanismos. São eles: mecanismos curriculares, mecanismos do educador, mecanismos de apoio institucional, mecanismos de cultura de trabalho e mecanismos ambientais (OMS,2010). Cada um desses mecanismos só podem ser viabilizados se as pessoas estiverem dispostas e perceberem os retornos tangíveis ao investimento feito. É o que Piccoli; Ahmad e Ives (2000) apontam como os benefícios de participar, ou seja, o que cada uma das pessoas tem de retorno, para realizarem uma atividade profissional diferente daquela com a qual ela já está habituada.

Os **mecanismos curriculares** estão relacionados aos aspectos que orientam a formação de novos profissionais e estão expressos a partir das Políticas Públicas Nacionais, Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) e Projetos Pedagógicos de Curso (PPC). Em cada um desses documentos, em especial no PPC, é possível identificar se há espaço para EIP nos cursos de formação em saúde, e se é importante estimular as práticas colaborativas entre duas ou mais profissões. Além disso, também é possível reconhecer se os cuidados em saúde são incentivados com a participação da comunidade.

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

Os **mecanismos do educador** incluem alguns elementos que se referem à possibilidade dos educadores, sejam eles professores ou profissionais de saúde, incentivarem a aprendizagem sobre os outros, com os outros e sobre si, de forma interativa, estimulando a colaboração. Estes elementos são auto treinamento, apoio institucional e compromisso gerencial (OMS,2010), ou seja, elementos que favorecem a atuação dos multiplicadores nos processos de EIP.

Os **mecanismos de apoio institucional** se referem ao incentivo e exemplos que os professores e/ou profissionais de saúde tem para atuar de forma colaborativa. Quanto mais claros os modelos de governança e apoio ao trabalho em equipe,

mais as equipes de formação e assistência irão acreditar no compartilhamento e corresponsabilidade na prestação de serviços de atenção à saúde. Para tanto, se faz necessário ter tempo e espaço adequado, caracterizando um contexto capacitante (TAKEUCHI E NONAKA,2008).

Os mecanismos de apoio institucional também refletem o quanto a IES e os serviços de saúde estão articulados.

Para que os processos de EIP ocorram é necessário que os cenários de práticas estejam disponíveis e abertos a receberem os estudantes. Cabe às instituições negociarem e acordarem as condições para que isso ocorra, ancoradas nos determinantes legais que são a Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica 8080/1990, e formalizadas no Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (**COAPES**).

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

Os **mecanismos de cultura de trabalho** se referem às práticas adotadas pelos profissionais de saúde e que refletem a maneira com que eles agem. Essa maneira interfere diretamente na mediação adotada nos processos educacionais. A EIP pede ações conjuntas, tomadas de decisão a partir de metas estabelecidas coletivamente e negociação de recursos que muitas vezes precisam ser compartilhados.

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

Os **mecanismos ambientais** se referem, em especial, às condições de estrutura física e material. Como exemplo destaca-se os espaços físicos que devem ser apropriados para receber as equipes, neste caso composta por professores e/ou profissionais de saúde e estudantes de pelo menos duas profissões. Os espaços devem permitir que seja possível realizar atendimentos, discussões e reflexões de forma adequada. Conforme citado por Sunguya et al. (2014), espaços muito pequenos, que não comportam todos e nos quais as pessoas precisam se revezar para estar, muitas vezes se tornam barreiras para EIP, e assim dificultam os processos de conversão do conhecimento em espiral.

5 | O MODELO DESCRITIVO DE GC E A TECNOLOGIA

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

Na área da saúde, o relacionamento entre as pessoas é uma das ferramentas de trabalho para que os resultados, seja formação de qualidade, seja melhores resultados

em saúde, possam ser alcançados. Neste contexto as tecnologias se apresentam de diferentes formas. É o que Merhy e Franco (2014) classificam como tecnologias duras, leve- duras e leves, as quais são utilizadas dependendo das circunstâncias.

Para cada ação em saúde há indicação de um tipo de tecnologia, que não excluem as outras, apenas apontam prioridades a partir das necessidades, realidades profissionais e possibilidades de interação, criação, organização, armazenamento e disseminação do conhecimento para que a comunicação, colaboração e aprendizagem possam ser incentivadas e as decisões sejam tomadas de forma compartilhada.

Estudiosos da GC como Arntzen et al. (2009) e Batista (2012) consideram a tecnologia, em especial a tecnologia dura, uma ferramenta de gestão importante, já que por meio dela, em um modelo de GC, se torna viável armazenar, compartilhar e disseminar informações.

Por outro lado, Jannuzzi et al. (2016) consideram a tecnologia um elemento importante, porém não a consideram como determinante para o sucesso da GC.

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

6 | O MODELO DE GC: PROCESSOS, PESSOAS E APRENDIZAGEM (PPA)

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

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

Entende-se que esse cuidado deve favorecer a comunicação aberta e incentivar a colaboração, uma vez que deixará claro quais as funções e responsabilidades de cada membro, para que os processos de GC possam ser vivenciados de acordo com os direcionadores estratégicos estabelecidos.

Um outro ponto a ser considerado são as possibilidades de aprendizagem. É importante estar previsto e sistematizado momentos para a equipe participar de

capacitações, tanto quanto discutir e compartilhar as experiências. Esses recursos despertam para práticas inovadoras em saúde.

Todas essas práticas devem ser previstas e incluídas nos processos de GC e, nesta proposta, traduzidas para o modelo SECI de conversão do conhecimento proposto por Nonaka eTakeuchi⁸. Segue alguns exemplos de possibilidades de conversão do conhecimento dentro do cenário proposto:

- **Socialização (Ba de criação)** - Conversão do conhecimento tácito para tácito: atividades práticas, em especial aquelas que envolvem intervenções, atendimentos, simulações, observação direta, discussões, rodas de conversas, atendimentos;
- **Externalização (Ba de Interação)** – Conversão do Conhecimento tácito para explícito: registros em relatórios, elaboração de artigos, recados no whatsapp, comunicados via e-mail, registros em prontuários, registros em portfólios, elaboração de manuais de procedimentos operacionais, publicações em comunidades de práticas;
- **Combinação (Ba virtual – sistemático)** - Conversão do Conhecimento explícito para explícito: reuniões de estudo, a partir de leituras prévias; leitura de atas para resgatar o histórico do processo vivenciado pelas pessoas; discussões a partir de registros em manuais de procedimentos operacionais; seminários acadêmicos;
- **Internalização (Ba de treinamento)** - Conversão do Conhecimento explícito para tácito: são os momentos em que os sujeitos experimentam na prática o que foi lido, discutido, explicado e combinado.

7 | O MODELO DESCRITIVO DE GC E O PROCESSO INTERATIVO DE GC

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

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

- a) Neste contexto, a interatividade é composta pelas seguintes ações: **problematizar, discutir, planejar, compartilhar, formalizar, executar, avaliar, armazenar e disseminar. Problematizar:** compreende o momento de aproximação à realidade, diagnóstico das necessidades, para que a partir delas seja desenvolvida uma questão problema;

- b) Discutir:** corresponde a análise das necessidades, identificação de possíveis fragilidades ou lacunas que exigirão o planejamento de ações para resolução do problema;
- c) Planejar:** compreende o planejamento das ações, de forma interativa e colaborativa, de maneira para resolução do problema;
- d) Compartilhar:** compreende o momento em que são compartilhadas com os envolvidos, as ações planejadas para resolução do problema ;
- e) Formalizar:** após a problematização, discussão, planejamento e comunicação, são formalizadas, de forma explícita, as ações previstas e os acordos a serem observados, para a execução das ações;
- f) Executar:** a execução corresponde à aplicação do que foi planejado, comunicado e formalizado;
- g) Avaliar:** corresponde à etapa em que os sujeitos envolvidos em todo o processo irão avaliar os resultados alcançados;
- h) Armazenar:** corresponde aos registros explícitos, referentes ao processo vivenciado por todos os envolvidos, que serão armazenados para composição do histórico e referencial das ações;
- i) Disseminar:** compreende a etapa de divulgação dos resultados alcançados e registrados de forma explícita. Primeiramente se dissemina para as pessoas envolvidas na ação e, na sequência, a todos os interessados.

8 | O MODELO DESCRITIVO DE GC E O CICLO KDCA

Na proposição de Batista(2012), e de acordo com a sua metodologia, um dos elementos que compreende o modelo de GC é o ciclo KDCA.

Este ciclo se baseia no ciclo de PDCA, com a substituição do P pelo K de *Knowledge* (conhecimento), visando destacar a questão do conhecimento que existe no ciclo. Isso não significa que o planejamento deva ser eliminado, o mesmo ocorre, porém com o foco voltado para o conhecimento, pois as atividades e os processos têm objetivos de desempenho organizacional, sendo assim são fundamentais para a que proposta alcance os objetivos, conforme proposto por Batista¹.

Os elementos que correspondem ao ciclo KDCA para o modelo de GC que orienta a EIP foram definidos conforme segue:

a) K, significa knowledge, ou seja conhecimento.

Para esse modelo, Knowledge ou conhecimento, corresponde ao conjunto de dados coletados e os significados deles, traduzidos em informações que contribuirão para problematização. Além disso se refere ao conhecimento presente em cada membro da equipe, que estará presente na problematização, discussões, planejamento e na

formalização das ações;

b) D, significa DO, ou seja Executar.

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

c) C, significa Check - checar, verificar.

Chek ou checar corresponde à verificação dos resultados e acompanhamento das metas relacionadas as ações planejadas e à EIP, para obtenção dos melhores resultados em saúde e formação profissional;

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

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

9 | O MODELO DESCRITIVO DE GC E OS RESULTADOS DE GC

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

Este modelo de GC deverá gerar inúmeras aprendizagens e práticas inovadoras, que resultarão na consolidação das parcerias entre as IES e o Serviço Público de Saúde, trabalho colaborativo, cuidados integrais e diminuição da duplicação dos serviços.

10 | O MODELO DESCRITIVO DE GC E O PAPEL DA LIDERANÇA

No contexto para o qual o modelo de GC foi proposto existem diferentes instâncias de liderança. Aquelas lideranças vinculadas ao cenário da assistência em saúde, que pode ser exemplificado pelo responsável pela Secretaria de Saúde, coordenadores

de diferentes setores, coordenadores de Unidades de Saúde, até os profissionais de saúde que desenvolvem o papel de líder na articulação das ações que envolvem a formação e a assistência em saúde nos cenários de prática. As lideranças vinculadas ao ambiente de formação, que inclui a gestão da instituição formadora, a coordenação em diferentes níveis e os professores que lideram diretamente os estudantes. Cada uma dessas instâncias tem um papel essencial para que a integração ocorra de maneira harmônica e, conforme aponta Batista¹, o papel da liderança é considerado essencial para que os resultados em GC possam ser alcançados. D'amour et al⁴. também mencionam que se o papel do líder for desenvolvido de forma colaborativa, ou seja, de maneira que o compartilhamento, a parceria, a interdependência e o poder forem os pilares da colaboração, melhores serão os resultados na formação de futuros profissionais.

Outro aspecto em relação à liderança diz respeito ao caráter horizontal desse papel, e à responsabilidade e desafio de estabelecer uma relação recíproca entre a formação de novos profissionais e as práticas de atenção à saúde. Para tanto é necessário que haja uma liderança colaborativa e que se reconheça e respeite o papel de cada profissional na diversidade e responsabilidades das funções, entendendo o funcionamento de uma equipe de trabalho que respeita os valores éticos de cada profissão, dos estudantes e da comunidade, como menciona a Canadian Interprofessional Health Collaborative (2010) .

Para tanto, as pessoas, a família ou a comunidade, tanto quanto a formação de qualidade de novos profissionais, devem ser o centro das atenções. Esta também é uma recomendação da OMS (2010) . Saber ouvir a comunidade, os membros da equipe de saúde, bem como ter atenção à finalidade de cada uma das instituições é fundamental para que sejam tomadas decisões colaborativas e compartilhadas, tendo a missão, a visão e os valores da EIP norteando o diálogo, em busca de melhores resultados em saúde.

11 I MODELO DESCRITIVO DE GC E A SUA REPRESENTAÇÃO

As práticas de EIP buscam resultados efetivos na formação de profissionais capacitados para atuar na área da saúde diante da complexidade que se apresenta no cenário atual.

Esta complexidade inclui o atendimento à população considerando os princípios e diretrizes do SUS, ou seja, universalidade, integralidade, equidade, controle social e descentralização.

Essas ações combinadas e realizadas de forma colaborativa e interativa por profissionais de mais de uma profissão, podem trazer melhores resultados em saúde para a população.

Neste contexto, o modelo de GC aqui proposto tem como objetivo fortalecer e estimular a EIP para que esses dois resultados – formação e assistência, possam ser

alcançados.

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

A figura 1 é a representação do modelo de GC proposto. Esta figura procura ilustrar como cada integrante do modelo se articula para que os resultados possam ser alcançados.

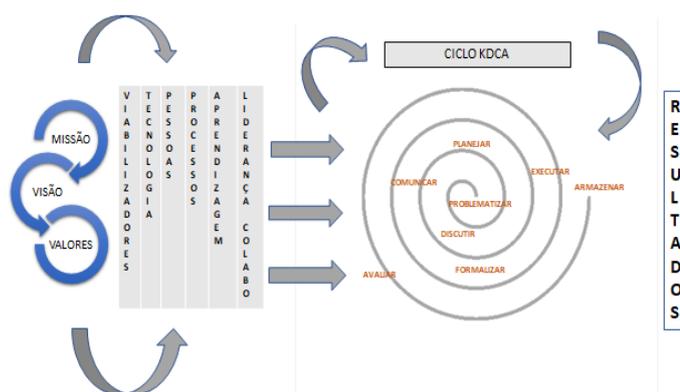


Figura 1: Modelo Gráfico Descritivo de GC para apoiar a integração entre a formação e a assistência, fundamentado na educação interprofissional em Saúde.

12 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O modelo de GC aqui apresentado visa apoiar, potencializar e estimular a integração entre o ensino e o serviço em saúde, ancorada na EIP, tanto quanto servir de referência e favorecer os processos de criação, organização e disseminação do conhecimento nessa área.

O modelo apresenta o fluxo do conhecimento necessário para haja harmonia e boa comunicação entre as pessoas responsáveis por dialogar e estabelecer a parceria entre a formação e a assistência em saúde, para que as ações de EIP possam ocorrer e garantir que a finalidade de cada uma das instituições seja atingida.

A falta de um modelo pode ocasionar perdas históricas no processo, em especial, no momento de implantação, além de dificultar a operacionalização das ações que garantem a parceria, por falta de processos claros, definidos e bem delineados.

O conhecimento produzido deve ser o centro do processo e não as pessoas, que nem sempre permanecem nas instituições. É necessário garantir continuidade para que em outros e diferentes momentos, essa experiência possa ser referência, seja para implantação ou inovação nos processos de EIP, bem como na interação entre o ambiente de formação e a assistência.

REFERÊNCIAS

- Agreli HF, Silva JAM, Peduzzi M. “Experimental” Caminhos e Propor Iniciativas EIP. Curso de atualização em desenvolvimento docente para Educação Interprofissional em Saúde. AVASUS Conhecimento Livre e Aberto em Saúde, 2018.
- Arntzen AAB, Worasinchal L, Ribière VM. Uma visão sobre práticas de gestão do conhecimento na Universidade de Bangkok. **Revista de Gestão do Conhecimento**, [s.l.], v. 13, n. 2, p.127-144, abr. 2009.
- Batista FF. 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
- Batista F F, et.al. Casos Reais De Implantação Do Modelo De Gestão Do Conhecimento Para A Administração Pública Brasileira. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA, 2014
- Buss PM, Pellegrini Filho AA. Saúde e seus Determinantes sociais. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p.77-93, mar. 2007.
- CIHC – CANADIAN INTERPROFESSIONAL HEALTH COLLABORATIVE. **College of Health Disciplines University of British Columbia Vancouver BC V6T 1Z3**. Canadá, 2010. Disponível em: <https://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies_Feb1210.pdf>.
- Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
- Dalkir K. Knowledge Management in Theory and Practice. Elsevier’s Science & Technology Rights Department in Oxford, UK, 2005
- D’amour D, Oandasan I. Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. **Journal Of Interprofessional Care**, [s.l.], v. 19, n. 1, p.8-20, maio 2005. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.1080/13561820500081604>.
- Jannuzzi CSC, Falsarella OM, Sugahara CR. Gestão do Conhecimento: um estudo de modelos e sua relação com a inovação nas organizações. *Perspectivas em Ciência da Informação*, v. 21, n. 1, p. 97–118, 2016.
- Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, 19 Set 1990.
- MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. Trabalho em saúde. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. P.278-284. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/setembro/23/Trabalho-em-Saude-Merhy--Franco.pdf>>. Acesso em: 09 maio 2019
- Nonaka I, Takeuchi H. Criação de conhecimento na empresa. Campus: Rio de Janeiro, 1997.
- Organização Mundial Da Saúde (OMS). Marco para Educação Interprofissional. Departamento de Recursos Humanos para a Saúde, 2010.
- Probst G, Raub S, Romhardt K. Gestão do conhecimento: os elementos construtivos do sucesso. Porto Alegre: Bookman, 2002.
- Reeves S. et al. A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME Guide No. 39. *Medical Teacher*, v. 38, n. 7, p. 656–668, 2016.

Rubenstein-Montano B, et al. A systems thinking framework for knowledge management. *Decision Support Systems*, v. 31, p. 5–16, 2001.

Rusu L. Knowledge Management Framework Proposal – Case Study “ Babeş Bolyai ” University. *Analele Universității Eftimie Murgu Reșița. Fascicula de Inginerie*, v. 13, n. 1, p. 307–312, 2006.

Stefano NM, et al. Gestão de ativos intangíveis: implicações e relações da gestão do conhecimento e capital intelectual. *Perspectivas em Gestão & Conhecimento*, v. 4, n. 1, p. 22–37, 2014.

Silva GPA. A gestão de conhecimentos críticos aplicada ao dia a dia do trabalho: a missão de ampliar o compartilhamento, aprimorar a tomada de decisão e aperfeiçoar processos de trabalho. VIII Congresso CONSAD de gestão pública, p. 43, maio 2015.

Sunguya BF, et al. Interprofessional education for whom? - Challenges and lessons learned from its implementation in developed countries and their application to developing countries: A systematic review. *PLoS ONE*, v. 9, n. 5, 2014.

Takeuchi H, Nonaka I. *Gestão do Conhecimento*. Porto Alegre: Bookman, 2008. v. 83

Vries-Erich J, et al. Identifying facilitators and barriers for implementation of interprofessional education: perspectives from medical educators in the Netherlands. *J Interprof Care*, v. 31, n. 2, p. 170-174, 2017.

SOBRE A ORGANIZADORA

Claudiane Ayres: Fisioterapeuta pelo Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais- CESCAGE (2012), Mestre Ciências Biomédicas Universidade Estadual de Ponta Grossa- UEPG (2018). Atualmente é professora adjunta do curso de Fisioterapia do Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais- (CESCAGE) e professora adjunta do curso de Estética e Cosmetologia do Centro Universitário de Maringá (UNICESUMAR - Polo Ponta Grossa). Tem experiência na área de Fisioterapia Hospitalar e Fisioterapia Dermato funcional. Pós- graduada em Fisioterapia Cardiovascular, Pós- graduada em Fisioterapia Dermato funcional, Pós- graduada em Gerontologia. E-mail para contato: capfisisio-2012@hotmail.com Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9434584154074170>

ÍNDICE REMISSIVO

A

Acidente Vascular Cerebral 303, 304, 306, 313, 314
Adolescentes 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 221
Ageismo 66, 67, 69, 70, 71, 72
Ambiente aquático 278, 280
Ansiedade 4, 205, 206, 208, 209, 274, 325, 326, 328, 329
Áreas de fronteira 1
Assistência à saúde 1, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 100, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 124, 191, 195
Autocuidado 16, 38, 63, 73, 75, 76, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 294, 298, 302

B

Bandagem elástica terapêutica 303
Bibliometria 201, 202, 204
Biofarmacos 87
Biopsicossocial 158, 165, 167, 168
Biotecnologia 87, 88, 89, 90, 91, 92, 97, 98, 138, 150

C

Canabidiol 269, 276
Cinesioterapia 303, 308, 309, 310, 311, 312
Competência clínica 66
Cooperação 73
Corrida de rua 111, 112, 113, 115, 116, 118, 119, 120
Cultura organizacional 151, 152, 156

D

Diabetes mellitus 31, 32, 38, 39, 73, 74, 85, 86, 91, 99, 207, 294, 295, 301, 302, 315, 316, 317, 319, 320, 324, 327
Diagnóstico clínico 66, 303, 306
Diagnóstico de enfermagem 12, 23, 205, 207, 325, 327
Doenças periapicais 41

E

Educação em saúde 25, 29, 62, 63, 64, 65, 79, 80, 82, 84, 85, 184, 300
Educação Popular 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 59, 60, 61
Endodontia 40, 41, 42, 47, 48, 49
Enfermagem 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 18, 20, 22, 23, 24, 30, 31, 33, 37, 38, 39, 62, 63, 64, 65, 73, 75, 79, 82, 85, 86, 100, 108, 110, 151, 152, 153, 154, 155, 157, 167, 169, 175, 178, 179, 188, 189, 190, 192, 193, 194, 196, 197, 198, 199, 200, 204, 205, 206, 207, 209, 210, 213, 214, 227, 231, 232, 234, 243, 267, 271, 294, 296, 301, 302, 314, 325, 326, 327, 329, 330

Enfrentamento 26, 28, 29, 63, 223, 224, 226, 231, 233

Envelhecimento 15, 24, 66, 67, 68, 69, 74, 224, 225, 231, 232, 248, 279, 285, 295, 314

Erros de medicação 151, 155, 157, 195

F

Fígado 186, 315, 317, 318, 320, 321, 322, 323

Finitude 223, 224, 225, 231, 232

Fisioterapia 111, 114, 223, 284, 303, 305, 306, 314, 331

Força 112, 119, 181, 187, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 305

Formação 1, 7, 8, 9, 10, 29, 35, 70, 96, 106, 107, 121, 122, 123, 124, 126, 127, 128, 129, 131, 133, 134, 135, 153, 154, 160, 163, 183, 191, 205, 206, 207, 213, 222, 227, 230, 325, 326, 327

G

Geriatria 66, 232

Gestação de alto risco 31, 32, 37

Gestão do conhecimento 122, 125, 136, 137

Gravidez na adolescência 169, 170, 173, 178, 179

H

Hemiparesia 303, 306, 308, 309, 310

Hipertrofia 278, 279, 282, 318, 322

Hospitais 30, 106, 190, 191, 192, 242, 258, 261, 288

I

Imagem corporal 12, 13, 18, 19, 20, 21, 22, 187, 205, 206, 207, 208, 209, 325, 326, 327, 328, 329

Insulina 32, 74, 94, 95, 99, 112, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 301, 302, 316, 318, 319, 322

Integração 52, 56, 104, 105, 108, 122, 124, 126, 127, 128, 133, 134, 135

Intersetorialidade 181, 183

L

Lean healthcare 244

Lean manufacturing 244

Lesões em membros inferiores 111

Libras 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 202, 204

M

Maconha 10, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276

Marcha 303, 305, 306, 307, 308, 309, 311, 312, 313

Mindfulness 50, 51, 56, 57, 58, 59, 60, 61

Momordica charantia L 315, 316, 317, 318, 319, 320, 321, 322, 323

Mortalidade 35, 37, 38, 69, 152, 191, 216, 219, 221, 234, 235, 236, 241

N

Nanotecnologia 87, 96, 99

Neoplasias do colo do útero 211

P

Padronização 23, 26, 55, 154, 157, 205, 206, 207, 249, 255, 257, 267, 290, 292, 325, 326, 327

Pé diabético 73, 75, 79, 82, 83, 84, 85, 86

Pensamento enxuto 244, 245, 248, 249

Percepção 5, 12, 21, 58, 79, 109, 182, 188, 215, 232, 266, 273, 294, 302

Perfil de saúde 31

Perfil epidemiológico 179, 234

Pessoas com deficiência 100, 102, 103, 104, 108, 109, 110, 202

Pessoa surda 162, 201, 202, 203, 204

Políticas públicas 3, 6, 7, 100, 101, 102, 104, 106, 107, 109, 110, 128, 191, 235, 270

Polpa dentária 41

Prisão 1

Prisioneiros 1

Processo de enfermagem 65, 205, 207, 210, 325, 327, 330

Produção científica 201

Promoção de saúde 8, 28, 50, 51

Psicologia 23, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 52, 60, 61, 72, 158, 159, 161, 165, 167, 179, 200, 201, 204, 232, 243, 302

Psicoterapia 158, 162, 164, 165, 166

Q

Qualidade de vida 12, 23, 24, 38, 66, 67, 69, 71, 75, 82, 84, 90, 107, 111, 112, 123, 124, 176, 182, 195, 207, 224, 225, 226, 232, 270, 273, 279, 284, 300, 301, 313, 327

R

Raciocínio clínico 205, 206, 325, 326

Religiosidade 224, 225, 226, 227, 231, 232, 233

Rim 315, 318, 320

S

Sala de espera 25, 27, 28, 29, 30, 244

Saúde 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 13, 16, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 35, 36, 37, 38, 46, 48, 50, 51, 56, 57, 60, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 74, 76, 77, 79, 80, 81, 82, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 92, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 118, 119, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 133, 134, 135, 136, 151, 152, 158, 159, 161, 162, 164, 165, 166, 167, 168, 170, 171, 173, 174, 175, 177, 178, 179, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190,

191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 207, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 241, 242, 243, 244, 245, 248, 249, 250, 251, 252, 257, 259, 260, 261, 262, 265, 266, 271, 276, 277, 279, 280, 284, 285, 291, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 301, 302, 306, 313, 314, 315, 324, 327, 331

Saúde da família 23, 63, 65, 81, 109, 173, 181, 183, 184, 188, 211, 213, 216, 222, 227, 302

Saúde da mulher 62, 213

Segurança do paciente 151, 152, 153, 155, 156, 157, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200

Serviços de saúde para idosos 66

Sexualidade 70, 169, 180, 221

Sporobolomyces Ruberrimus 138, 139, 140, 143, 148, 149

Suicídio 234, 235, 236, 239, 240, 241, 242, 243

T

Teste de papanicolau 211

THC 269, 270, 271, 272, 273, 275

Torularodina 138, 139, 140, 142, 147, 148, 149

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-7247-594-5

