

**METARROTINAS DE CAPACIDADES ABSORTIVAS: ESTUDO DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA CIDADE DE CURITIBA-PR**

*ABSORPTIVE CAPACITY METAROUTINES: A STUDY ABOUT FAMILY HEALTH
STRATEGY IN CURITIBA CITY*

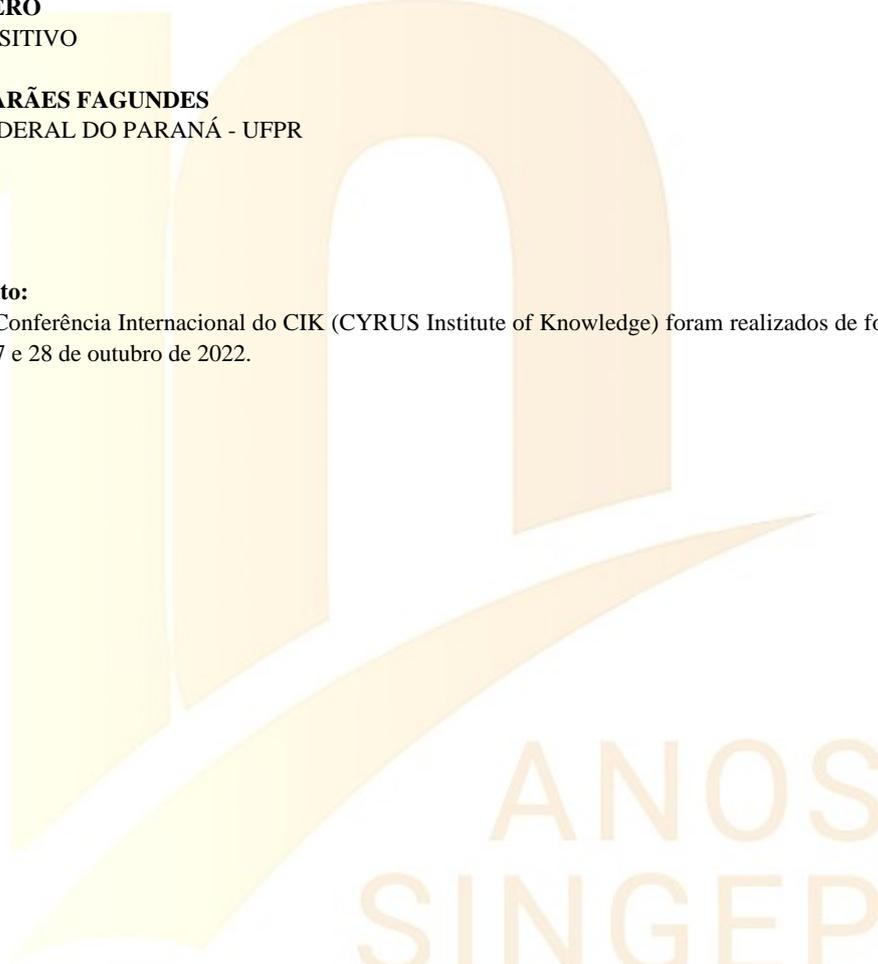
FABIO MELLO FAGUNDES
UNIVERSIDADE POSITIVO

CLEONIR TUMELERO
UNIVERSIDADE POSITIVO

MARCIELE GUIMARÃES FAGUNDES
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ - UFPR

Nota de esclarecimento:

O X SINGEP e a 10ª Conferência Internacional do CIK (CYRUS Institute of Knowledge) foram realizados de forma remota, nos dias 26, 27 e 28 de outubro de 2022.



ANOS
SINGEP

METARROTINAS DE CAPACIDADES ABSORTIVAS: ESTUDO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA CIDADE DE CURITIBA-PR

Objetivo do estudo

Analisar o desenvolvimento de metarrotinas de capacidades absortivas na Estratégia Saúde da Família de UBS na cidade de Curitiba-PR.

Relevância/originalidade

Relevância está na pergunta de pesquisa: Como metarrotinas de capacidades absortivas influenciam o desenvolvimento de conhecimentos na Estratégia Saúde da Família de UBS na cidade de Curitiba-PR?

Metodologia/abordagem

Estudo qualitativo, fenomenologia como epistemologia. Pesquisa histórica e estudo de caso. A unidade de análise foi a gestão da ESF de Curitiba. Coleta de dados feita por fontes secundárias e entrevistas semiestruturadas. A análise de dados foi a Análise de Conteúdo.

Principais resultados

Ao estudar as metarrotinas de capacidades absortivas da Estratégia Saúde da Família de UBS, na cidade de Curitiba-PR, possibilitou criar um modelo conceitual de metarrotinas de capacidades absortivas, de caráter propositivo, colaborando para desenvolver o conhecimento de forma sistematizada em outras organizações

Contribuições teóricas/metodológicas

Espera-se ampliar os estudos sobre metarrotinas de capacidades absortivas, suas relações com o setor público e, em especial, as reflexões sobre conhecimento nas organizações, além de deixar um legado para a maneira como o conhecimento é tratado na gestão da saúde brasileira.

Contribuições sociais/para a gestão

Colaborar para o alcance do ODS 3 (Objetivo de desenvolvimento sustentável), que trata de saúde e bem-estar.

Palavras-chave: Capacidades Absortivas, Conhecimento, Estratégia Saúde da Família, Metarrotinas, Rotinas

ABSORPTIVE CAPACITY METAROUTINES: A STUDY ABOUT FAMILY HEALTH STRATEGY IN CURITIBA CITY

Study purpose

To analyze the development of absorptive capacity metaroutines in the Family Health Strategy of basic health unit in the city of Curitiba-PR.

Relevance / originality

Relevance lies in the research question: How do absorptive capacity metaroutines influence the development of knowledge in the Family Health Strategy of basic health unit in the city of Curitiba-PR?

Methodology / approach

Qualitative study, phenomenology as epistemology. Historical research and case study. The unit of analysis was the management of the family health strategy in Curitiba. Data collection by secondary sources and semi-structured interviews. Data analysis was Content Analysis.

Main results

By studying the metaroutines of absorptive capacities of the Family Health Strategy, in the city of Curitiba-PR, it was possible to create a conceptual model of metaroutines of absorptive capacities, of a propositional nature, collaborating to develop knowledge in organizations.

Theoretical / methodological contributions

It is expected to expand the studies on absorptive capacity metaroutines, their relations with the public sector and, in particular, reflections on knowledge in organizations, in addition to leaving a legacy for the way knowledge is treated in Brazilian health management.

Social / management contributions

Collaborate to achieve SDG 3 (Sustainable Development Goal), which deals with health and well-being.

Keywords: Absorptive Capacity, Family Health Strategy, Knowledge, Metaroutines, Routines

METARROTINAS DE CAPACIDADES ABSORTIVAS: ESTUDO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA CIDADE DE CURITIBA-PR

INTRODUÇÃO

O acesso à saúde “é direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988) e os sistemas de saúde existem desde que o ser humano buscou proteger sua saúde e tratar doenças (MACHADO; LEANDRO; MICHALISZYN, 2006). Um avanço para a saúde pública brasileira foi a mudança da forma de lidar com a saúde, sob o olhar da Atenção Primária à Saúde (APS), com relação direta na criação do SUS e, mais recentemente, do Programa Saúde da Família (PSF) e da Estratégia Saúde da Família (ESF), colocando os profissionais da saúde mais próximos da comunidade, de maneira proativa e planejada (GUSSO; LOPES, 2012). As unidades básicas de saúde (UBS) são intensivas em conhecimento (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019) e a saúde, em especial a ESF, tem por natureza atividades multiprofissionais e coletivas (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009).

A administração tem investigado o conhecimento nas organizações, por meio das capacidades absorptivas (CA) (COHEN; BACKDAYAN, 1994), originalmente definidas por Cohen e Levinthal (1990) como a habilidade da organização em reconhecer o valor de um conhecimento novo, adquirir informação externa, assimilar e aplicar esse novo conhecimento e transformá-lo em um produto ou serviço comercializável. Tal produto ou serviço poderia ser de qualquer esfera, inclusive no contexto público (BUTLER; FERLIE, 2019). A CA tem complementaridade teórica com as rotinas organizacionais. Contando com quantidade elevada de publicações, as rotinas organizacionais (Feldman e Peterland, 2003), podem ser definidas como: 1) algo repetitivo, 2) padrões reconhecíveis, 3) ações interdependentes e 4) múltiplos atores envolvidos, podendo ser formais ou informais. Para Becker (2008), as rotinas organizacionais são análogas ao hábito humano. Cohen e Bacdayan (1994) consideram que rotinas são a maior fonte de confiabilidade e velocidade da performance de uma organização. Sem rotinas, uma organização perde eficiência em suas ações coletivas, pois apoiam a organização em sua memória organizacional.

A conexão entre rotinas organizacionais e capacidades absorptivas está presente em estudos de Lewin, Massani e Peeters (2011), como o início de um constructo nominado metarrotinas de capacidades absorptivas (MCA). Envolvem, assim, a maneira como o conhecimento é abordado nas organizações, sob um olhar observável das rotinas organizacionais. Para eles, metarrotinas são um agrupamento de rotinas menores e que geram alterações em outras rotinas.

A compreensão sobre as MCAs pode ampliar a fronteira do campo e contribuir para a compreensão das capacidades absorptivas. Apesar de vasta literatura sobre capacidades absorptivas, desde o artigo seminal de Cohen e Levinthal (1990), apenas em 2011, com Massani e Peeters (2011), que a relação entre MCAs ganhou corpo, com possibilidades de expansão da literatura, como os estudos de Butler e Ferlie (2019), que dedicaram-se a analisar as CAs no setor de saúde, setor público pouco considerado na maior parte das pesquisas em CA. Realizou-se pesquisa bibliométrica, para melhor entendimento do campo nas bases WoS e Scopus com diferentes chaves de pesquisa e, após esta seleção de artigos, foram analisados todos os resumos. Atenção especial foi dada aos artigos que apresentavam maior aderência à temática, e foi identificado oportunidade de ampliação do campo.

Para isso, o objetivo geral da pesquisa foi “Analisar o desenvolvimento de metarrotinas de capacidades absorptivas na Estratégia Saúde da Família de UBS na cidade de Curitiba-PR”. E os objetivos específicos: (1) Descrever as fases da Estratégia Saúde da Família de unidades

básicas de saúde (UBS) na cidade de Curitiba-PR; (2) Analisar quais são as metarrotinas de capacidades absorptivas na Estratégia Saúde da Família de UBS na cidade de Curitiba-PR; (3) Avaliar como se relacionam as metarrotinas de capacidades absorptivas da Estratégia Saúde da Família de UBS na cidade de Curitiba-PR.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Nonaka e Takeuchi (1997, 2008) descrevem como se desenvolve o conhecimento organizacional, a começar pela existência do conhecimento tácito e explícito, apresentando o ciclo SECI. Nonaka e Takeuchi (1997) já defendiam que se migraria para uma sociedade onde a economia seria baseada no conhecimento, e conceituavam a criação do conhecimento organizacional como a capacidade de uma empresa criar um novo conhecimento, difundi-lo na organização como um todo e incorporá-lo a produtos, serviços e sistemas, na seguinte ordem: 1) criação do conhecimento; 2) inovação contínua; e 3) vantagem competitiva.

Outra abordagem é a gestão do conhecimento, que para North e Rivas (2004), parte de conhecimentos existentes, desenvolvendo-os e transformando-os em novos produtos, processos e campos de atividade econômica. Entendem também que a gestão do conhecimento não se deve restringir aos limites da empresa, mas abranger clientes, fornecedores, sócios etc. As empresas que se orientam pelo conhecimento devem buscar ascender os degraus da escala do saber, composta em ordem por: signos, dados, informações, conhecimento, saber fazer, atuar, competência, capacidade competitiva.

Na busca do entendimento do conhecimento nas organizações, surge a capacidade absorptiva (CA), segundo a qual a organização necessita priorizar, assimilar e usar o conhecimento, o que envolve estruturas cognitivas (Cohen e Levinthal, 1990). A partir de uma estrutura cognitiva que envolve o indivíduo, chega-se à organização. Porém, a capacidade absorptiva da organização não é a simples soma das capacidades absorptivas individuais, mas têm nos indivíduos a dependência em ser a interface da empresa com o ambiente externo. O conhecimento compartilhado e a diversidade de conhecimentos dos indivíduos afetam a capacidade absorptiva da organização (COHEN; BACKDAYAN, 1994; COHEN; LEVINTHAL, 1990). De acordo com Cohen e Levinthal (1990), tendo desenvolvido alguma capacidade absorptiva em alguma área, a empresa está mais apta a acumular conhecimento adicional, podendo compreender mais facilmente os avanços tecnológicos. Lane e Lubatkin (1998) defendem o conceito de capacidades absorptivas de Cohen e Levinthal (1990), como um constructo de aprendizado de responsabilidade dupla, que estão interligadas por três características da empresa “professora” e da “estudante”. As três características são: valorar, assimilar e comercializar o conhecimento entre a empresa “professora” e a “estudante”. Zahra e George (2002) recontextualizaram o conceito firmado por Cohen e Levinthal (1990), propondo novos componentes da capacidade absorptiva para: 1) aquisição; 2) assimilação; 3) transformação e 4) aplicação. Os autores argumentam que a organização precisa manejar bem estas quatro dimensões para obter uma performance superior, em comparação com outras organizações. Trazem, também, a aplicação do conceito de capacidades absorptivas, dividindo-as em capacidades absorptivas 1) potenciais e 2) realizadas. Potenciais: envolvem a capacidade da firma valorar e adquirir conhecimento externo (aquisição e assimilação). Realizadas: envolvem a capacidade de transformar e explorar o conhecimento (transformação e aplicação).

Para Lane, Koka e Pathak (2006), a capacidade absorptiva permite à organização aprender algo totalmente novo e fazer coisas diferentes, mais do que simplesmente “aprender fazendo” e melhorar o que já é feito. Defendem que a capacidade absorptiva atua diretamente sobre o desempenho organizacional. Butler e Ferlie (2019) entendem que a capacidade absorptiva é um modelo de gestão estratégica desenvolvida originalmente para o setor privado,

porém, sendo um caminho para conceitualização da competência organizacional de como lidar com o conhecimento, aplicável ao setor público. Na visão clássica de capacidades absorptivas, o conhecimento impacta o mercado e, para Harvey *et al* (2010), a capacidade absorptiva aplicada ao meio público permite a formulação de políticas públicas, assim como o criar coletivo do bem público, entre os atores sociedade, governo e mercado. Harvey *et al* (2010) defendem que o uso da CA para o setor público pode trazer: 1) ampliação do entendimento sobre os usuários, buscando melhorar processos e impactando o serviço prestado; 2) desenvolvimento de habilidades que permitam a compreensão dos diferentes *stakeholders* sobre a complexidade imersa das organizações públicas; e 3) possibilidade de avaliação de desempenho do setor público, por meio dos resultados advindos da CA.

Butler e Ferlie (2019) analisaram o uso da capacidade absorptiva no setor público, nas agências públicas de saúde inglesas, propondo um framework específico da capacidade absorptiva para o setor público. Da visão original de Cohen e Levinthal (1990), muda-se o foco que estava no ambiente, para um entendimento de que, no meio público, as influências políticas e mudanças econômicas possuem influência maior. Propõem a cocriação de conhecimentos como ponto importante para determinadas circunstâncias. Antes destas fases, para Butler e Ferlie (2019), fatores individuais dos atores, como habilidades, influenciam na capacidade absorptiva. Também, é importante que a organização deixe de ter rotinas restritivas ao conhecimento, para rotinas que habilitam o conhecimento na organização.

Rotinas são vitais para as organizações (BECKER, 2008 p.15). Becker (2004) defende que a noção de padrões está no centro do conceito de rotinas, desde os escritos de Sidney Winter (1964), que colocava rotinas como padrões de comportamento seguidas repetidamente, mas sujeitas a mudanças de condições e com recorrência. Becker (2008) apresenta que rotinas organizacionais são análogas ao hábito humano. Hábitos se relacionam a pessoas; rotinas, às organizações. Becker (2008, p.21) apresenta o seguinte conceito de rotina: “rotinas são disposições de pôr energia em padrões condicionados de comportamento dentro de um grupo organizado de indivíduos, envolvendo respostas sequenciais”. Ainda para os autores, vale entender que as rotinas podem ser formais e informais. Cohen e Bacdayan (1994) defendem que rotinas organizacionais são a maior fonte de confiabilidade e velocidade da performance de uma organização. Sem rotinas, a organização perde eficiência nas ações coletivas.

Pentland e Feldman (2005) analisam também diferentes maneiras de se estudar rotinas, como “caixa preta”, examinando partes da rotina e a relação entre suas partes. Por mais que as mesmas sejam vistas de forma estática, Rerup e Feldman (2011) apresentam que rotinas são fonte de mudança organizacional e, nesse ponto, também entram as metarrotinas. Para Lewin, Massani e Peeters (2011), metarrotinas são um alto nível de rotinas e estão associadas a um grupo operacional de rotinas de baixo nível ou de procedimentos operacionais padrão. Feldman and Pentland (2003) entendem como gerador de mudanças de rotinas, inclusive, maneira de possibilitar melhoria contínua e gestão da qualidade total. As MCAs internas envolvem a regulamentação de atividades relacionadas com processos de variação, seleção e replicação. A variação envolve a emergência e variação de novas ideias para serem selecionadas e, por fim, compartilhadas e combinadas, atualizando práticas antigas (LEWIN; MASSANI; PEETERS, 2011, p.85).

Na visão de Lewin, Massani e Peeters (2011), é necessário aprofundar o olhar a respeito de capacidades absorptivas, a partir da lente de rotinas, pela perspectiva de microfundamento. Chalmers e Balan-Vnuk (2013) aplicam o modelo de Lewin, Massani e Peeters (2011) como base de estudo para organizações não governamentais, assim como o de Butler e Ferlie (2019), que demonstram que o modelo pode ser analisado não somente para empresas privadas. O olhar sobre metarrotinas também aparece em estudos como de Mariano e Al-Arrayed (2017) e de Heiden *et al* (2016). No caso de Heiden *et al* (2016), as metarrotinas aparecem como base

explicativa para mais um modelo sobre capacidade absorptiva, na transferência de tecnologia internacional. Entendem que, em especial, organizações em países emergentes, a capacidade de absorção do conhecimento se torna crucial. Senivongse, Bennet e Mariano (2019) defendem que as capacidades absorptivas têm impacto direto no resultado financeiro de uma organização. Heiden *et al* (2016) afirmam que poucos modelos sobre capacidades absorptivas seriam operacionalizáveis. Mariano e Al-Arrayed (2017) sugerem que, para estudar metarrotinas de capacidades absorptivas, é fundamental mapear mecanismos internos e externos. Olhar as rotinas em si e a combinação de metarrotinas, que, desta maneira, influenciam o resultado da capacidade absorptiva.

METODOLOGIA

A partir da revisão teórica, foi proposto o Modelo Conceitual do Estudo (MCE) sobre metarrotinas de capacidades absorptivas. Para tanto, tomaram-se como base os três modelos teóricos já descritos: (1) Zahra e George (2002) que recontextualizaram o conceito de capacidades absorptivas de Cohen e Levinthal (1990); (2) Taxonomia de metarrotinas de capacidades absorptivas de Lewin, Massani e Peeters (2011); e (3) Modelo teórico de capacidades absorptivas para organizações de serviço público, de Butler e Ferlie (2019). No Quadro 1 são apresentados estes três modelos teóricos. Quadros 2, são comparados e na Figura 1 é apresentado o MCE.

Este é um estudo qualitativo de natureza descritiva, cuja escolha epistemológica foi a fenomenologia. Os objetivos específicos possuem tanto enfoque histórico quanto contemporâneo, então os métodos de pesquisa histórica e estudo de caso foram adotados. A unidade de análise é a gestão da ESF de Curitiba, nos níveis operacional, tático e estratégico, por apresentar: a) Singularidade; b) UBS intensivas em conhecimento (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019); c) Natureza de atividades multiprofissionais e coletivas, especialmente a ESF (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009); d) A saúde, na cidade de Curitiba, resultados positivos, com a menor mortalidade infantil de sua série histórica, em 2019, dentre as capitais, perdendo somente para Florianópolis (IBGE, 2021); e) um setor público pouco considerado nas pesquisas de capacidades absorptivas; f) Caráter social, uma vez que a saúde é de interesse de toda a sociedade.

A coleta de dados secundários envolveu documentos que aproximaram o processo de pesquisa do objeto de estudo. Após, iniciou-se a construção do instrumento de pesquisa, com a metodologia de Matriz de Amarração. Realizou-se pré-teste e validação do instrumento. Após ajustes, chegou-se ao roteiro final e a coleta de dados, devido à COVID-19, se deu por meio de entrevista virtual. As entrevistas foram planejadas de forma semiestruturada. Somaram-se 12 horas e 33 minutos de entrevistas, com 20 participantes da pesquisa, sendo que a quantidade de respondentes seguiu o conceito de Cooper e Schindler (2011), por saturação de dados.

QUADRO 1 – Diferentes modelos de capacidades absorptivas e suas dimensões

Dimensões das capacidades absorptivas: recontextualização de seus componentes				Taxonomia de metarrotinas de capacidades absorptivas Interna e externa		Framework de organizações
Capacidade absorptiva	Dimensões / Capacidades	Componentes	Importância			
Potencial	Aquisição	Primeiros investimentos Primeiros conhecimentos Intensidade Velocidade Direção	Escopo de pesquisa Esquema perceptivo Novas conexões Velocidade de aprendizado Qualidade do aprendizado			
	Assimilação	Compreensão	Interpretação Compreensão Aprendizado			
Realizada	Transformação	Internalização Conversão	Sinergia Recodificação Nova associação			
	Aplicação	Uso Implementação	Competências principais Recursos	<p>Fonte: Lewin, Massani e Peeters (2011, p.85).</p>		<p>Fonte: Butler e Ferlie (2019).</p>

Fonte: Adaptado de Zahra e George (2002 p.189).

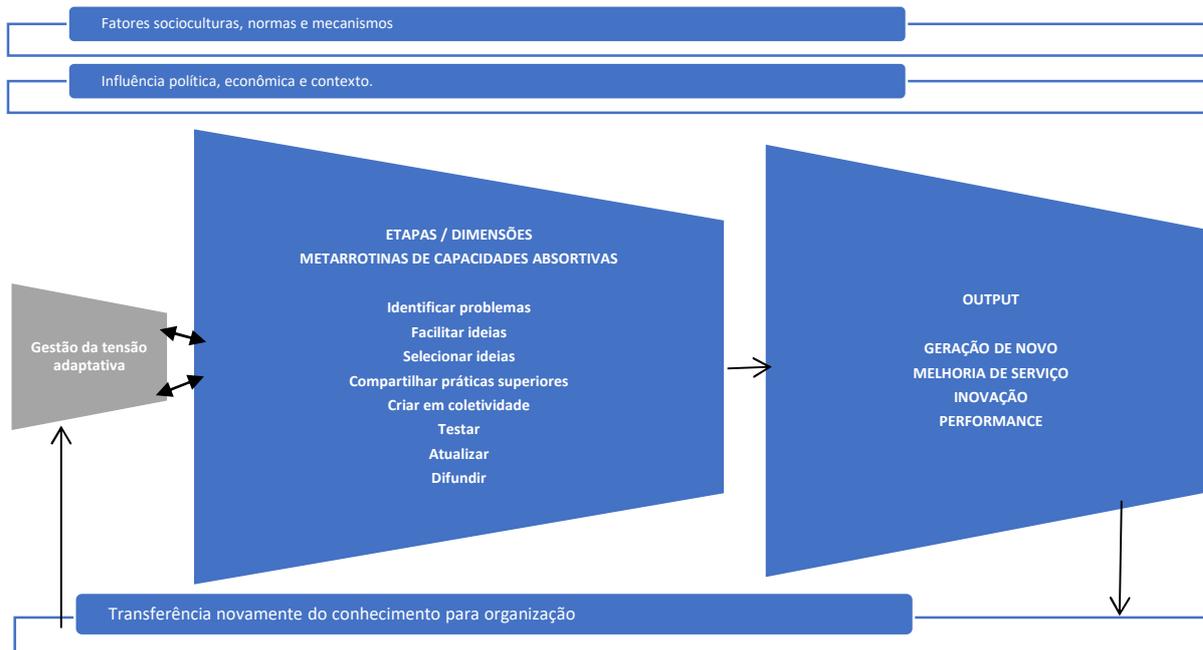
Fonte: O autor, com adaptações de Zahra e George (2002); Lewin, Massani e Peeters (2011); Butler e Ferlie (2019).

QUADRO 2 – Comparação de categorias e definições de capacidades absorptivas e proposição de novas ca

	Categorias			
CATEGORIAS PROPOSTAS	Zahra e George (2002)	Lewin, Massani e Peeters (2011)	Butler e Ferlie (2019)	Zahra e George (2002)
Identificar problemas	Aquisição		Habilidades dos atores	Escopo de pesquisa Esquema perceptivo Novas conexões
Facilitar ideias		Facilitação da variação de ideias	De rotinas que limitam para que possibilitam	Velocidade de aprendizado Qualidade do aprendizado
Selecionar ideias	Assimilação	Regimes internos de seleção	Cocriação	Interpretação Compreensão Aprendizado
Compartilhar práticas superiores	Transformação	Compartilhar conhecimento e práticas superiores por meio da organização		Sinergia Recodificação Nova associação
Criar em coletividade				
Testar			Teste	
Atualizar	Aplicação	Reflexão, atualização e replicação	Metamorfose	Competências principais Recursos
Difundir			Difusão	

Fonte: O autor, com adaptações de Zahra e George (2002); Lewin, Massani e Peeters (2011); Butler e Ferlie (2019).

FIGURA 1 – Modelo Conceitual do Estudo – Metarrotinas de capacidades absorptivas para o setor público



Fonte: Criado pelo autor.

A análise de dados foi a Análise de Conteúdo de Bardin (2010) com o modelo de Gioia, Corley e Hamilton (2012). Foram transcritas as entrevistas com a função ditar do Microsoft Word 365, utilizando VB-Áudio virtual Cable e, posteriormente, revisada. Para a análise dos dados ser assertiva, foi usada a ferramenta Atlas TI, versão 9. Na etapa de interpretação, o modelo de Gioia, Corley e Hamilton (2012) foi utilizado para categorização. Quadro 3, sintetiza a metodologia deste estudo.

QUADRO 3 – Quadro metodológico

Categorias	Opções
Categorias analíticas da pesquisa	Metarrotinas de capacidade absorptiva do MCE.
Enfoque e natureza da pesquisa	Enfoque qualitativo; Natureza descritiva; Epistemologia fenomenológica.
Método de pesquisa	Pesquisa histórica (Objetivo 1); Estudo de caso (Objetivos 2 e 3).
Unidade de análise	Estratégia Saúde da Família de Curitiba dos níveis: operacional, tático e estratégico.
Coleta dos dados (Etapas)	• Coleta de dados secundários e construção do instrumento de pesquisa; • Etapa de pré-teste e validação do instrumento (5 entrevistas, total 4h08); • Etapa de aplicação da coleta de dados (20 entrevistas, total 12h33).
Análise dos dados	Análise de conteúdo, Bardin (2010); Modelo de Gioia, Corley e Hamilton (2012); Processo dedutivo; Uso de Atlas TI versão 9.
Ética	Parecer nº 5241699 do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Positivo e o parecer nº 5416211 do CEP da Prefeitura de Curitiba. Em respeito a resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas envolvendo seres humanos e o Ofício Circular Nº 2/2021 da Secretaria-Executiva do Conselho Nacional de Saúde Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CENEP).

Fonte: o autor.

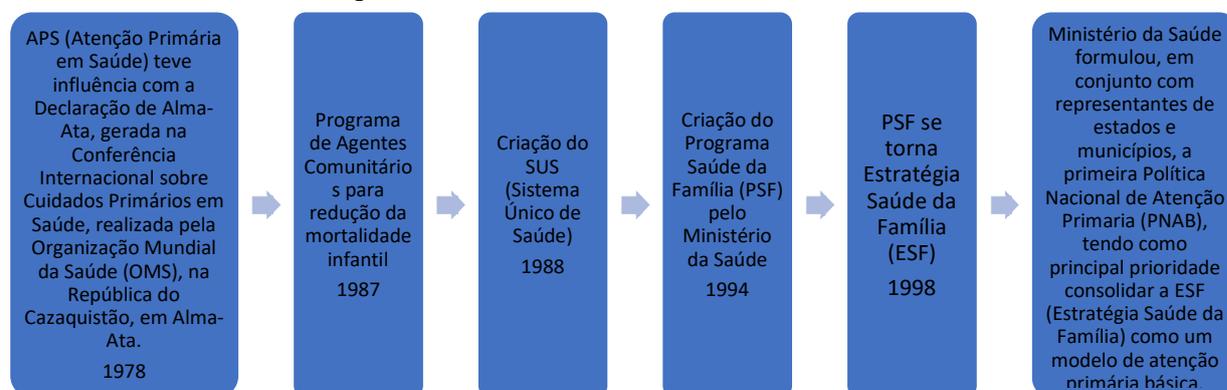
APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

OBJETIVO 1 – FASES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE UBS NA CIDADE DE CURITIBA

Segundo Scliar *et al* (2002), o trabalho em saúde pública é um esforço organizado da comunidade, por intermédio de governo ou instituições, para promover, proteger e recuperar a saúde de pessoas e da população, por meio de ações individuais e coletivas. No início do século XX, o saneamento básico entrou em discussão como alternativa para resolver grande parte dos problemas de saúde, foram criadas a Liga Pró-Saneamento e o Serviço de Profilaxia Rural. Em 1920, surge o Departamento Nacional de Saúde Pública. Os anos trinta viram mudança de foco da saúde coletiva para a individual. O surgimento da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) trouxe também as primeiras soluções em saúde para a população sem caráter liberal e sem filantropia, por meio da Previdência Social. Na tentativa de superar complexidades entre ações preventivas e curativas, em 1975, criou-se o Sistema Nacional de Saúde (Lei 6229). Somando-se outras ações, chegou-se à criação do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro.

Junta-se a essa reflexão sobre sistemas de saúde, a Atenção Primária à Saúde (APS), uma atenção proporcionada à população sem distinção de gênero, doença ou sistema orgânico (GUSSO; MACHADO, 2019). Tem como características principais (Tokeda, 2013): 1) primeiro contato, 2) longitudinalidade, 3) integralidade e 4) coordenação do cuidado. A APS teve influência da Declaração de Alma-Ata, realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1978, que expressava a “necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo”. No Brasil, esta influência trouxe o Movimento Brasileiro pela Reforma Sanitária, na década de 1970, que gerou as bases para o SUS. Em 1991, criou-se o Programa de Agentes Comunitários e, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), posteriormente chamado Estratégia Saúde da Família (ESF). Em Curitiba, a adesão ao programa ESF se deu em 1996, trazendo reorientação do modelo assistencial, diferente daquele modelo flexneriano, cujos serviços eram centrados na doença e sem ênfase na promoção da saúde (FRAIZ, 2007). Em 2006, o Ministério da Saúde formulou, em conjunto com representantes de estados e municípios, a primeira Política Nacional de Atenção Primária (PNAB), cuja prioridade era consolidar a ESF como modelo de APS e centro orientador das redes de atenção à saúde do SUS. Este momento marca a mudança do programa PSF para a estratégia ESF. A linha do tempo da saúde no Brasil é apresentada na Figura 2.

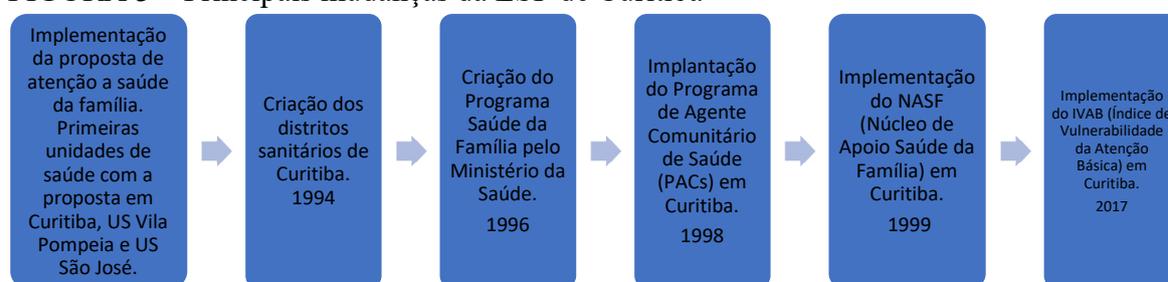
FIGURA 2 – Linha do tempo da saúde no Brasil: da APS à ESF



Fonte: Dados da pesquisa.

A Atenção Primária à Saúde (APS) da cidade de Curitiba é composta por 111 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo 64 com ESF e 47 convencionais, distribuídas em dez Distritos Sanitários (CURITIBA, 2020). Cada UBS é responsável por dar assistência à população de um território definido, dentro da área definida. A UBS constitui-se a porta de entrada do sistema de saúde, de modo que todos os usuários que a procuram possam ser acolhidos. A partir da análise de demandas e necessidades, considerando riscos e vulnerabilidades, a equipe organiza o atendimento. Nas entrevistas semiestruturadas, realizadas com gestores da área de saúde, que possuíam envolvimento com a ESF de Curitiba, perguntou-se sobre as principais mudanças ocorridas na ESF de Curitiba. Três itens foram mais recorrentes nas respostas: 1) Territorialização (criação dos Distritos Sanitários); 2) Criação do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) de Curitiba, em 2009; e 3) Criação do IVAB (Índice de vulnerabilidade da atenção básica), em 2017. Com base nas entrevistas e na análise documental, em especial, Saúde (2021) e Ribeiro (2009), na Figura 3, são apresentadas as principais mudanças ocorridas na ESF de Curitiba.

FIGURA 3 – Principais mudanças da ESF de Curitiba



Fonte: O autor.

A definição das regiões de saúde (regionalização ou territorialização) está presente nas primeiras ações envolvendo a saúde da família, em Curitiba. Com diferentes denominações, ao longo do tempo, em 1999, é implementado o NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família). Trata-se de uma proposta inovadora de organização do processo de trabalho, fortalecendo as ações de promoção de saúde, por meio de profissionais especializados que trazem suporte específico para as equipes das unidades de saúde (BRASIL, 2010). Por meio da portaria 155 de 2017, surge o IVAB – Índice de vulnerabilidade da atenção básica, para a cidade, ganhando status norteador das ações de saúde (CURITIBA, s/d).

Nesta evolução histórica, foi possível mapear as fases da ESF da cidade, por meio das principais mudanças ocorridas. O resultado deste mapeamento traz uma reflexão sobre como o conhecimento foi sendo tratado, na ESF, uma vez que as principais mudanças estão conectadas com conhecimento. Conforme apresentado por diversos(as) participantes da pesquisa, a territorialização reorganizou o conhecimento e o fluxo de informações, o NASF aparenta-se como célula de apoio técnico ao modelo da ESF e a criação do IVAB se tornou importante indicador para tomada de decisões. Estas análises dão subsídio aos próximos tópicos que abordam demais objetivos desta pesquisa, onde metarrotinas de capacidades absorptivas são analisadas, bem como suas relações.

OBJETIVO 2 – METARROTINAS DE CAPACIDADES ABSORPTIVAS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE UBS, NA CIDADE DE CURITIBA

Segundo análise documental, o Plano Municipal de Saúde 2018-2021 e o de 2022-2025 abordam o conhecimento sob pontos de vista da educação continuada e Residência Médica

(CURITIBA, 2021b; 2021c). Conforme Curitiba (2020), a APS de Curitiba conta com protocolos, programas e procedimentos operacionais padronizados. Por meio das entrevistas do pré-teste, foi possível identificar um conjunto de rotinas presentes na fala dos(as) respondentes envolvendo conhecimento. De uma maneira geral, ao falar de conhecimento na ESF, os(as) respondentes demonstraram maior dificuldade para recordar de rotinas informais, o que fez com que muitas respostas apresentassem rotinas formais em seus discursos.

A partir do Modelo Conceitual de Estudo (MCE), foi possível analisar as diferentes metarrotinas de capacidades absorptivas presentes nas respostas. Com olhar de conferência, se o modelo realmente mostra-se verdadeiro ou se existem outras dimensões. Usou-se a metodologia de Gioia, Corley e Hamilton (2012) para estruturação dos dados em diferentes níveis. Partindo de frases dos(as) participantes da pesquisa, foram estruturados itens de terceira ordem, conceitos gerais, com uma primeira categorização de informações, ou seja, o que acontece dentro da rotina. Após isso, foram sumarizadas estas informações em categorias de segunda ordem e, assim, foram mapeadas rotinas presentes nos discursos. Por fim, em um novo agrupamento chega-se às dimensões, neste caso nas metarrotinas.

A primeira metarrotina analisada foi a de “Identificar ideias” que, conforme Butler e Ferlie (2019), envolve a habilidade dos atores em identificar os problemas. Esta é uma metarrotina importante para o desenvolvimento do conhecimento, na área da saúde, como apresentado por Campos, Farias e Santos (2022, p.37): “Um dos desafios do processo de planejamento em saúde diz respeito à capacidade do grupo que está planejando de identificar, descrever e explicar os principais problemas de saúde num determinado território”. As entrevistas mostraram que a metarrotina identificar problemas apresenta as reuniões como uma das rotinas mais frequentes, sejam em reuniões de equipe, de perfil mais gerencial, ou em grupos menores. Somam-se a comunicação de maneira ampla e a divisão das análises por microáreas como maneira de facilitar a identificação de problemas, algo muito presente na Estratégia Saúde da Família, desde seu princípio. A observação diária das rotinas de trabalho e o monitoramento de indicadores e relatórios, bem como registros de ouvidorias e reclamações, compõem a metarrotina de identificação de problemas, conforme as entrevistas. A análise de indicadores e relatórios se apresenta como mais uma maneira de identificação de problemas, nas entrevistas, inclusive, com diversas citações. Gusso, Lopes e Dias (2019) apresentam a importância do uso de indicadores, para mensurar estrutura, processos e resultados de serviços de saúde. Construir um sistema de indicadores implica em utilizar instrumentos para orientar os melhores indicadores e considerar critérios e atributos.

Conforme Brasil (2022), na ESF, a figura do Agente Comunitário em Saúde – ACS acaba sendo importante na identificação de problemas da comunidade. O Quadro 4 apresenta as rotinas que compõem a metarrotina “Identificar problemas”.

QUADRO 4 – Metarrotina Identificar problemas

Primeira ordem	Segunda ordem	Terceira ordem
Conceitos/Descrição em uma frase do que é feito na rotina	Temas/Rotinas	Dimensões/Metarrotinas
Reunião gerencial Reunião de equipe	Reuniões	Identificar problemas
Comunicação entre a equipe	Comunicação	
Por áreas de risco Microáreas	Monitoramento por microáreas	
Observação diária da rotina de trabalho Demandas diárias	Observação diária das rotinas de trabalho	
Análise dos indicadores Relatórios Estatísticas Dados epidemiológicos	Monitoramento de indicadores / relatórios	
Registros de ouvidoria	Análise de ouvidoria / reclamações	

Fonte: O autor, a partir das entrevistas.

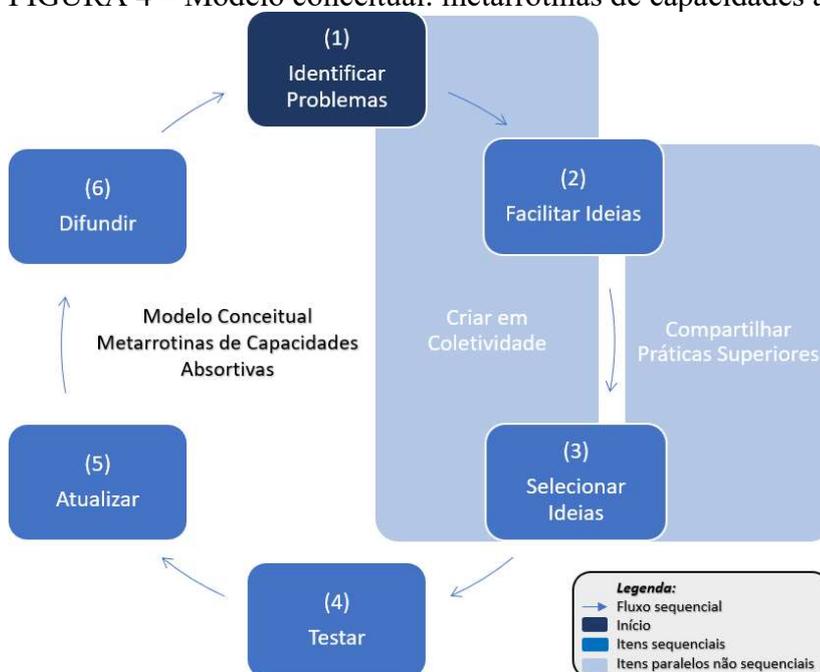
Este mesmo processo foi realizado com todas as metarrotinas de capacidades absorptivas na Estratégia Saúde da Família de UBS, na cidade de Curitiba-PR. Foi possível cruzar a barreira teórica, com o resultado das entrevistas. O Modelo Conceitual de Estudo demonstrou aderência aos resultados das entrevistas.

OBJETIVO 3 – RELAÇÃO ENTRE AS METARROTINAS DE CAPACIDADES ABSORTIVAS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE UBS NA CIDADE DE CURITIBA

Com as entrevistas, foi possível perceber que duas metarrotinas se apresentam mais paralelas a outras do que propriamente sequenciais. Foram elas: compartilhar práticas superiores e criar em coletividade. O compartilhamento de práticas superiores, ou seja, de boas práticas ou práticas exitosas, apresentou grande paralelismo às metarrotinas “facilitar ideias” e “selecionar ideias”. A metarrotina “criar em coletividade” também passou por algo muito semelhante. Nas entrevistas, ficou aparente que a “identificação de problemas”, “facilitação de ideias” e a “seleção de ideias” se apresentaram como um fenômeno mais coletivo do que individual, logo, a metarrotina “criar em coletividade” demonstra ter conexão com estas outras metarrotinas.

Com reflexões e análises ao Modelo Conceitual de Estudo, foi desenvolvida um novo modelo conceitual da sequência das metarrotinas de capacidades absorptivas da ESF, como um dos resultados deste, conforme apresentado na Figura 4. As metarrotinas de capacidades absorptivas da ESF demonstraram configurarem-se em uma sequência: 1) Identificar problemas; 2) Facilitar ideias; 3) Selecionar ideias; 4) Testar; 5) Atualizar; e, 6) Difundir. Duas metarrotinas demonstram paralelismo: “Compartilhar práticas superiores” e “Criar em coletividade”.

FIGURA 4 – Modelo conceitual: metarrotinas de capacidades absorptivas



Fonte: O autor.

As metarrotinas “atualizar” e “difundir”, para parte dos participantes da pesquisa, gerou dúvida sobre seus limites. Alguns respondentes já apresentaram características de difusão na

metarrotina “atualizar”. Ainda assim, o inverso também aconteceu e muitas respostas, caracterizando a metarrotina “atualizar” e, de forma distinta, a metarrotina “difundir”, estiveram presentes.

No Quadro 5, apresentam-se os conceitos, rotinas envolvidas, de cada metarrotina do modelo conceitual das metarrotinas de capacidades absorptivas, após todo o desdobramento da pesquisa. Este quadro é o produto final das análises das entrevistas e dos exercícios teóricos.

QUADRO 5 – Metarrotinas de capacidades absorptivas: conceitos e rotinas

METARROTINA	CONCEITO	ROTINAS ENVOLVIDAS
IDENTIFICAR PROBLEMAS (ETAPA 1)	Habilidade dos atores em identificar os problemas (BUTLER; FERLIE, 2019).	Reuniões; Comunicação; Monitoramento por microáreas; Observação diária das rotinas de trabalho; Monitoramento de indicadores / relatórios; Análise de ouvidoria / reclamações.
FACILITAR IDEIAS (ETAPA 2)	Facilitar a variação de novas ideias em diferentes níveis da organização (LEWIN; MASSANI; PEETERS, 2011). Deixar rotinas que atrapalham o a inovação para rotinas que facilitam (BUTLER; FERLIE, 2019).	Discussão; Conversa entre profissionais; Gestão provoca a ponta; Processo democrático; Articulação da solução pela chefia.
SELECIONAR IDEIAS (ETAPA 3)	Processo de seleção das ideias (LEWIN; MASSANI; PEETERS, 2011).	Prioridade; Praticidade; Viabilidade; Diretrizes e protocolos; Discussão em vários níveis; Conversas em roda; Maioria; Soluções já testadas.
TESTAR (ETAPA 4)	É necessário conferir se o novo conjunto de ferramentas funciona, por isso a importância de uma etapa de teste (BUTLER; FERLIE, 2019).	Prática; Piloto; Indicadores; Ouvidoria como controle.
ATUALIZAR (ETAPA 5)	Alterações das rotinas são incorporadas (BUTLER; FERLIE, 2019). Atualização de produtos, tecnologias e processos (LEWIN; MASSANI; PEETERS, 2011).	Atualiza, se válido; Corpo técnico aprecia alterações; Escrever a atualização; Média gestão leva para alta gestão; Reunião de atualização.
DIFUNDIR (ETAPA 6)	O conhecimento sobre as rotinas alterados difundido entre os demais atores (BUTLER; FERLIE, 2019).	Comunicação eletrônica; Reunião de repasse; Capacitações; Plataforma eletrônica interna; Publicação formal.
COMPARTILHAR PRÁTICAS SUPERIORES (ETAPA PARELELA ÀS 2 e 3)	Transmissão e compartilhamento de informações por meio de estruturas formais e informais (LEWIN; MASSANI; PEETERS, 2011).	Evento sobre boas práticas; Roda de conversa; Interação pessoa a pessoa ou pequenos grupos; Troca entre distritos; Reuniões; Publicações.
CRIAR EM COLETIVIDADE (ETAPA PARELELA ÀS 1, 2 e 3)	Criação em coletividade como forma de criação de um novo “conjunto de ferramentas” de maneira coletiva (BUTLER; FERLIE, 2019).	Diálogo; Discussões; Reuniões; Controle social.

Fonte: O autor.

É proposto, neste estudo, que esta sequência de metarrotinas de capacidades absorptivas apresentada na Figura 4 e detalhada no Quadro 5, possa ser adotado por outras organizações, inclusive as não relacionadas ao governo, como um mecanismo de desenvolvimento do conhecimento, dentro das mesmas. Importante considerar que o caso estudado neste estudo, ESF de Curitiba, apresenta várias características da intensidade do conhecimento, logo, pode servir para auxiliar o desenvolvimento de outras organizações menos intensivas em conhecimento.

Desta maneira, todo o desenvolvimento de conhecimentos por meio deste modelo conceitual de metarrotinas de capacidades absorptivas inicia pela etapa de identificar problemas,

onde de forma coletiva ou não isso pode ser realizado. Após esta etapa existe a facilitação de ideias, onde são propostas soluções, e logo depois seleciona-se a ideia que se pretende implementar. Estas duas últimas etapas podem ser em coletividade ou não, bem como podem ter compartilhamento de práticas superiores, ou seja, algum envolvido pode resgatar algo que já aconteceu como forma de mostrar um caminho viável na visão do mesmo.

Após estas três etapas (identificar problemas, facilitar ideias, selecionar ideias), com as outras duas em paralelo (criar em coletividade, paralela às etapas 1, 2 e 3; e compartilhar práticas superiores, paralela às etapas 2 e 3), tem-se a etapa testar, onde a ideia selecionada é testada se resolve o problema ou não. Se resolve, atualizam-se manuais e procedimentos, e após isso é difundido para a organização com algo validado por meio de diferentes formas de comunicação.

A recursividade do modelo, foi algo observado nas falas dos entrevistados, ou seja, estas etapas do modelo de metarrotinas de capacidades absorptivas se repetem de forma cíclica, este ponto, não apareceu evidenciado em modelos anteriores.

As rotinas que envolvem estas metarrotinas de capacidades absorptivas, partindo do estudo de caso da ESF de Curitiba, estão dispostas no Quadro 5 como uma base de análise, contudo, cada organização é capaz de desenvolver suas próprias rotinas relacionadas a cada uma destas metarrotinas de capacidades absorptivas. Espera-se, com isso, colaborar para a ampliação do campo de pesquisa das metarrotinas de capacidades absorptivas e, com isso, colaborar para o desenvolvimento das organizações

CONCLUSÕES

As diferentes fases da Estratégia Saúde da Família, onde foi possível identificar suas principais alterações, ao longo do tempo, envolveram o conhecimento, tal como a territorialização (criação dos Distritos Sanitários), que reorganizou o conhecimento e o fluxo de informações, o Núcleo de Apoio Saúde da Família – NASF, que se aparenta como uma célula de apoio técnico ao modelo da ESF e a criação do Índice de Vulnerabilidade da Atenção Básica – IVAB, que se tornou importante indicador para tomada de decisões.

Percebeu-se a dificuldade dos(as) participantes da pesquisa em falar de conhecimento em rotinas menos formais. Na análise dos Planos Municipais de Saúde de Curitiba, este olhar para o conhecimento de maneira formal ficou evidente. Pode-se concluir que nos planos da prefeitura não há especificações de rotinas de conhecimento que não sejam baseadas na visão tradicional de aquisição de conhecimentos, ou seja, baseada em formação. Para aprofundamento de toda esta reflexão sobre metarrotinas de capacidades absorptivas, foi estruturado um Modelo Conceitual de Estudo - MCE, partindo dos modelos de Zahra e George (2002), Lewin, Massani e Peeters (2011) e Butler e Ferlie (2019). Foi identificada grande quantidade de rotinas presentes na ESF além das mais formais para aquisição de conhecimentos. Com isso, chegaram-se às seguintes metarrotinas de capacidades absorptivas presentes na ESF: 1) identificar problemas, 2) facilitar ideias, 3) selecionar ideias, 4) compartilhar práticas superiores, 5) criar em coletividade, 6) testar, 7) atualizar e 8) difundir. Pode-se afirmar que o MCE está muito condizente com as metarrotinas de capacidades absorptivas presentes na ESF.

A analisar como se relacionam as metarrotinas de capacidades absorptivas da Estratégia Saúde da Família de UBS, na cidade de Curitiba-PR, foi criado um modelo conceitual de metarrotinas de capacidades absorptivas, de caráter propositivo, podendo servir para desenvolver o conhecimento de forma sistematizada em outras organizações. A recursividade do modelo foi um resultado contraintuitivo também relevante, diferente dos modelos anteriores que apresentavam-se estáticos, podendo servir de ferramenta para potencializar o desenvolvimento de conhecimento dentro das organizações.

Espera-se ampliar os estudos sobre metarrotinas de capacidades absorptivas, suas relações com o setor público e, em especial, as reflexões sobre conhecimento nas organizações, além de deixar um legado para a maneira como o conhecimento é tratado na gestão da saúde brasileira, bem como colaborar para o alcance do ODS 3 (Objetivo de desenvolvimento sustentável), que trata de saúde e bem-estar. Sugerem-se futuros estudos, envolvendo capacidades absorptivas no segmento público e a área de saúde, em especial a atenção básica em saúde, intensivas em conhecimento. Tendo, conforme Scherer, Pires e Schwartz (2009), a saúde, por natureza, atividades multiprofissionais e coletivas, em especial a ESF, sugere-se maior quantidade de estudos relacionados ao fenômeno coletividade, na área da saúde, e suas implicações ao universo do conhecimento e que critérios sobre a diferenciação entre rotinas e metarrotinas sejam ampliados e analisados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 4. ed. Lisboa: Edições70, 2010.
- BATISTA, Micheline. **Hermenêutica filosófica e o debate Gadamer-Habermas**. Crítica e Sociedade: revista de cultura política. V.2, n.1 jan./jun. 2012.
- BECKER, Markus C. **Organizational routines: a review of the literature**. Industrial and Corporate Change, Volume 13, n. 4, p.643-677, 2004.
- BECKER, Markus C. **Handbook of organizational routines**. Edward Elgar Publishing limited, Cheltenham, Reino Unido, 2008.
- BRASIL. **Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Memórias da saúde da família no Brasil**. 1.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. **Desafios da Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/6555>. Acesso em 11 de março de 2022.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema único de saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
- BUTLER, Michael J. R.; FERLIE, Ewan. **Developing absorptive capacity theory for public service organizations: emerging UK empirical evidence**. British Journal of Management, Vol. 00, 1–21, 2019.
- CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2ª ed. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0273.pdf>. Belo Horizonte: Nescon/UFGM, Coopmed, 2010. Acessado em 11 de março de 2022.
- CLEGG, Stewart R; HARDY, Cyntia; NORD, Walter R. **Handbook de Estudos Organizacionais**. Modelos de Análise e Novas Questões em Estudos Organizacionais. Volume 1. Ed. Atlas. Capítulo 8 (exceto teoria crítica), PG. 226 a 264, 2010.
- CHOMATAS, Eliane Regina da Veiga. **Atenção primária na rede de básica de saúde no município de Curitiba, no ano de 2008**. Dissertação de mestrado, programa de pós-graduação em epidemiologia, Faculdade de Medicina, UFRGS, 2009.
- COHEN, Michael D.; BACDAYAN, Paul. **Organizational routines are stored as procedural Memory: evidence from a laboratory study**. Organization Science 5(4):554-568., 1994.

- COHEN, W.M.; LEVINTHAL, D.A. **Absorptive capacity: a new perspective on learning and innovation**. *Administrative Science Quarterly*, 35 (1), 128–152, 1990.
- COOPER, Donald R.; SCHINDLER, Pamela S. **Métodos de pesquisa em administração**. 10 ed. Porto Alegre: Bookman, 2011.
- CURITIBA. **Atenção primária à saúde na cidade de Curitiba**. Disponível em: <http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/atencao-basica/atencao-primaria.html>. Acesso em 11 de março de 2020.
- CURITIBA. SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE. **Histórico da secretaria**. Disponível em: <https://saude.curitiba.pr.gov.br/a-secretaria/historico-da-secretaria.html>, acesso em 15 de setembro de 2021a.
- CURITIBA. SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE. **Plano municipal de saúde de Curitiba 2018-2021**. Disponível em: <https://saude.curitiba.pr.gov.br>, acesso em 15 de setembro de 2021b.
- CURITIBA. SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE. **Plano municipal de saúde de Curitiba 2022-2025**. Disponível em: <https://saude.curitiba.pr.gov.br>, acesso em 15 de setembro de 2021c.
- FELDMAN, M. S.; PENTLAND, B. T. **Reconceptualizing Organizational Routines as a Source of Flexibility and Change**. *Administrative Science Quarterly*, 48: 94–118, 2003.
- FRAIZ, Ipojucan Calixto. **Saúde e sociedade**. In: *Saúde da família na atenção primária*. Curitiba: Editora Ibpe, 2007.
- GIOIA, Dennis A.; CORLEY, Kevin G.; HAMILTON, Aimee L. **Seeking qualitative rigor in inductive research: notes on the Gioia methodology**. *Organizational Research Methods*, 16(1) 15-31, 2012.
- GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti (ORG). **Tratado de medicina de família e comunidade**. Porto Alegre: Artmed, 2012.
- GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti e DIAS, Leda Chaves (ORG). **Tratado de medicina de família e comunidade**. 2ª.Ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.
- GUSSO, Gustavo; MACHADO, Lucas Bastos Marcondes. **Atenção primária à saúde**. In: *Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática*. Org. Gustavo Gusso, José Mauro Ceratti Lopes, Leda Chaves Dias. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.
- HASSARD, John; PARKER, Martin. **PostModernism and Organization**. Sage Publications. 1993. Páginas: 1-23.
- HEIDEN, Patrick van der.; *et al.* **Necessitated absorptive capacity and metaroutines in International technology transfer: a new model**. *J. Eng. Technol. Manag.*, 2016.
- IBGE. **Mortalidade infantil**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>, acesso em: 25 de maio de 2021.
- JAPIASSU, H. **Introdução ao Pensamento Epistemológico**. 6 ed. São Paulo: Francisco Alves, 1991.
- LANE, Peter J., KOKA, Balaji R. and PATHAK, Seemantini. **The Reification of Absorptive Capacity: A Critical Review and Rejuvenation of the Construct**. *The Academy of Management Review*, Vol. 31, No. 4 (Oct., 2006), pp. 833-863.
- LANE, P. J., LUBATKIN, M. **Relative absorptive capacity and interorganizational learning**. *Strategic Management Journal*, 19(5), 461–477, 1998.
- LEWIN, Arie Y.; MASSINI, Silvia; PEETERS, Carine. **Microfoundations of internal and external absorptive capacity routines**. *Organization Science*. Vol. 22, No. 1, January–February, pp. 81–98, 2011.

- MARIANO, S.; AL-ARRAYED, S. **Combinations of absorptive capacity metaroutines: The role of organizational disruptions and time constraints.** *European Management Journal*, 2017.
- MACHADO, Paulo Henrique Battaglin; LEANDRO, José Augusto; e MICHALISZYN, Mario Sergio (ORG). **Saúde coletiva: um campo em construção.** Editora Ibpx, Curitiba: 2006.
- MARCHI, Jamur Johnas. **Bases do conhecimento científico e sua influência na formação da ciência da administração.** I Colóquio de Epistemologia e Sociologia da Ciência da Administração. Florianópolis – SC, março de 2011.
- NONAKA, Ikujiro; TAKEUCHI, Hirotaka. **Criação de conhecimento na empresa: como as empresas japonesas geram a dinâmica da inovação.** 4. ed. Rio de Janeiro : Campus, 1997.
- NONAKA, Ikujiro; TAKEUCHI, Hirotaka. **Gestão do conhecimento.** São Paulo: Bookman, 2008.
- PENTLAND, Brian. T.; FELDMAN, Martha S. **Organizational routines as a unit of analysis.** *Industrial and Corporate Change*, Volume 14, n.5, p.793-815, 2005.
- RERUP, Claus; FELDMAN, Martha S. **Routines as a source of change in organizational schemata: the role of trial-and-error learning.** *Academy of management journal*, vol. 54, n.3, p.577-610, 2011.
- RIBEIRO, Elisete Maria. **Análise da atenção primária à saúde em Curitiba: enfoque nos atributos das equipes saúde da família.** Tese. Programa de doutorado em serviço social. PUC-SP, 2009.
- SAMPAIO, Luís Fernando Rolim; MENDONÇA, Claunara Schilling; TURCI, Mária A. **Atenção primária à saúde no Brasil.** In: *Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática.* Org. Gustavo Gusso, José Mauro Ceratti Lopes, Lêda Chaves Dias. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.
- SCHERER, Magda Duarte dos Anjos; PIRES, Denise; SCHWARTZ, Yves. **Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde.** *Rev Saúde Pública* 2009.
- SCLIAR, Moacyr; *et al.* **Saúde pública: histórias, políticas e revolta.** São Paulo: Scipione, 2002.
- SENVONGSE, Chulatep; BENNET, Alex; MARIANO, Stefania. **Clarifying absorptive capacity and dynamic capabilities dilemma in high dynamic market IT SMEs.** *VINE Journal of Information and Knowledge Management Systems*, Vol. 49 No. 3, pp. 372-396, 2019.
- SOUZA, E. de, & Petinelli Souza, S., & Rodrigues Leite da Silva, A. **O Pós-estruturalismo e os Estudos Críticos de Gestão: da Busca pela Emancipação à Constituição do Sujeito.** *RAC - Revista de Administração Contemporânea*, 17 (2), 198-217, 2013.
- ZAHRA, S. A., & GEORGE, G. **Absorptive capacity: A review, reconceptualization, and extension.** *Academy of Management Review*, 27(2), 185–203, 2002.