

Gestão do conhecimento em equipas de Enfermagem no Hospital Distrital de Santarém, EPE.

José Lopes

Orientador: Professor Doutor José Amendoeira

Coorientador: Professor Doutor Ricardo São João

Santarém, julho, 2021



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE GESTÃO E TECNOLOGIA DE SANTARÉM
1º CURSO DE MESTRADO EM GESTÃO DE UNIDADES DE SAÚDE

Gestão do conhecimento em equipas de Enfermagem no Hospital Distrital de Santarém, EPE.

José Lopes:	170400102
Orientador:	Professor Doutor José Amendoeira
Coorientador:	Professor Doutor Ricardo São João

Santarém, julho, 2021

Declaro ser o autor desta dissertação, original e inédita, a qual nunca foi submetida, no seu todo ou qualquer das suas partes, a outra instituição de ensino superior para obtenção de um grau académico ou outra habilitação.

Atesto ainda que todas as citações estão devidamente identificadas.

Acrescento que tenho consciência de que o plágio (utilização de elementos alheios sem referência ao seu autor) constitui uma grave falta de ética.

Obstacles are those frightful things you see when you take your eyes off your goal.

- Henry Ford

Dedico à Teresa, ao João e ao Miguel.

Qualquer estudo desta natureza é reflexo do empreendimento não só do autor, mas também de todos aqueles que o acompanharam no percurso e com ele partilharam as alegrias e vicissitudes do percurso. Desta forma manifesta a gratidão:

Em primeiro lugar à Teresa, ao João e ao Miguel que muitas vezes foram privados do marido e do pai, e sempre o incentivaram a continuar quando a motivação diminuía;

Ao Professor Doutor José Amendoeira cuja garra, entusiasmo e dedicação ao conhecimento tem sido desde há muitos anos inspiradora;

Ao professor Doutor Ricardo São João pela sua visão pragmática, por toda a disponibilidade na metodologia estatística, contributos e sugestões para a elaboração da dissertação, bem como pelas sucessivas revisões e correções dos vários textos elaborados até à redação do texto final.

À professora Doutora Sandra Oliveira pelos seus conselhos práticos e oportunos;

Às equipas de enfermeiros que participaram no estudo.

Lista abreviaturas

CA - Conselho de Administração;

Cf. – Confronte;

vs. – versus.

Lista de siglas

BO – Bloco Operatório

EPE - Entidade Pública Empresarial

GC – Gestão do Conhecimento

GCE - Instrumento Gestão do Conhecimento em Equipas

UCA - Unidade de Cirurgia de Ambulatório

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCINT – Unidade de Cuidados Intermédios.

Resumo

O objetivo da dissertação é o de compreender as práticas de gestão do conhecimento (GC) da equipa de enfermeiros no Hospital de Santarém, EPE. O modelo de análise utilizado foi o resultante da adaptação para o contexto grupal do modelo de GC de Cardoso (2008). É um estudo descritivo, transversal com abordagem quantitativa com recurso ao instrumento Gestão do Conhecimento em Equipas, que permite avaliar seis dimensões e catorze subdimensões da GC grupal

Apurou-se que as equipas estudadas valorizam maioritariamente os processos de criação e aquisição de conhecimento por via interna; a partilha e difusão de forma não intencional; a memorização interna tácita; a recuperação do conhecimento essencialmente ao nível dos processos instrumentais. A liderança e a dinâmica da equipa constituem catalisadores dos processos de conhecimento, ao contrário da organização. Quanto maior a valorização do papel da equipa, assim como do líder, como catalisador maior a valorização dos processos de atribuição de sentido ao conhecimento. Verificou-se que os padrões de conhecimento de enfermagem se manifestam nos processos de GC.

Palavras-Chave: Gestão do conhecimento, Padrões de conhecimento em enfermagem, processos de conhecimento em equipas.

Abstract

The objective of this dissertation is to understand the knowledge management (KM) practices of the team of nurses at the Hospital de Santarém, EPE. The analysis model used was the adaptation of Cardoso's KM model (2008) to the group context. This is a descriptive, cross-sectional study with a quantitative approach using the Knowledge Management in Teams instrument, which allows assessing six dimensions and fourteen sub-dimensions of group KM.

It was found that the studied teams mostly value the processes of creation and acquisition internal of knowledge; the sharing and diffusion in an unintentional way; the internal tacit memorization; the knowledge retrieval essentially at the level of instrumental processes. Leadership and team dynamics are catalysts for knowledge processes, as opposed to the organization. The greater the value given to the role of the team, as well as the leader, as a catalyst, the greater the value given to the processes of attributing meaning to knowledge. It was found that nursing knowledge patterns manifest themselves in KM processes.

Key words: knowledge management, nursing knowledge patterns, knowledge processes in teams.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	17
1 – GESTÃO DO CONHECIMENTO: A ORGANIZAÇÃO, A EQUIPA E O PROFISSIONAL	20
1.2 - A GESTÃO DO CONHECIMENTO NAS ORGANIZAÇÕES	22
1.3 – GESTÃO DO CONHECIMENTO EM EQUIPAS DE TRABALHO	29
2 – O CONHECIMENTO EM ENFERMAGEM	36
2.1 – PADRÕES DE CONHECIMENTO EM ENFERMAGEM.....	37
2.2 - A DINÂMICA DO CONHECIMENTO EM ENFERMAGEM: CRIAÇÃO E PARTILHA	40
3 – METODOLOGIA	44
3.1 – OBJETO DE ESTUDO.....	44
3.2 – OBJETIVOS DO ESTUDO	44
3.3 – TIPO DE ESTUDO.....	45
3.4 – QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO	45
3.6 – VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	46
3.7 – HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO.....	47
3.9 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	48
3.10 -TRABALHO DE CAMPO E PROCEDIMENTOS ÉTICOS	50
4 –TRATAMENTO ESTATÍSTICO ANÁLISE DE RESULTADOS	51
4.1 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	51
4.2- INSTRUMENTO DE GESTÃO DO CONHECIMENTO EM EQUIPAS.....	60
4.2.1- Criação e aquisição do conhecimento	61
4.2.2 - Atribuição de sentido do conhecimento.....	64
4.2.3 - Partilha e difusão do conhecimento.....	67
4.2.4 - Memória da equipa	70
4.2.5 – Recuperação e utilização do conhecimento	74
4.2.6 - Catalisadores de gestão do conhecimento	78
5- DISCUSSÃO DE RESULTADOS	84
6- CONCLUSÃO	92
7– REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	97
ANEXOS.....	104
ANEXO I – Quadros descritivos das dimensões e subdimensões da variável dependente (operacionalização e nível de medida).....	105

ANEXO II – Quadro descritivo de variáveis independentes	109
(operacionalização e nível de medida).....	109
ANEXO III – Escala original do autor.	112
ANEXO IV – Escala com linguagem adaptada ao contexto de saúde.	120
ANEXO V – Texto de email enviado pelo correio interno da instituição.....	128
ANEXO VI – Pedido de autorização ao autor para utilização do instrumento de colheita de dados	130
ANEXO VII - Aprovação pelo enfermeiro diretor	132
ANEXO VIII – Parecer favorável da comissão de ética	134
ANEXO IX – Parecer favorável para utilização do nome da instituição	136
ANEXO X- Tabelas de dados sóciodemográficos.....	138
ANEXO XI – Variáveis dependentes: Tabelas de medidas de tendência central e dispersão	143
ANEXO XII – Estatística de teste: Quadros do SPSS.....	147
ANEXO XIII – Quadro de interpretação do coeficiente de correlação	151

Índice de figuras

Figura 1:Processos de gestão do conhecimento na equipa (elaboração própria).....	34
--	----

Índice quadros

Quadro 1: Revisão da literatura de Cardoso (2008) sobre os objetivos e resultados da gestão do conhecimento.	25
<i>Quadro 2: Criação e aquisição do conhecimento – Modelo de Cardoso (2008).</i>	<i>27</i>
Quadro 3: Processo cognitivos e objetos de análise na atribuição de sentido ao conhecimento – Modelo de Cardoso (2008).....	28
Quadro 4: Dimensões e subdimensões da variável dependente.....	46
Quadro 5: Variáveis independentes.....	46
<i>Quadro 6: Adaptações de linguagem e exemplos ao contexto dos cuidados de saúde.....</i>	<i>49</i>
Quadro 7: Dados de contexto da aplicação dos questionários e amostra.	51
Quadro 8- Teste de correlação de Spearman entre a atribuição de sentido e os catalisadores do conhecimento.	67
Quadro 9: Comparações múltiplas na dimensão memória da equipa.....	74
Quadro 10: Comparações múltiplas na dimensão recuperação e utilização do conhecimento	78
Quadro 11:: Comparações múltiplas na dimensão Catalisadores do conhecimento.	83

Índice gráficos

Gráfico 1: Distribuição percentual dos respondentes em função do sexo	52
Gráfico 2: Distribuição percentual dos respondentes em função da idade.....	53
Gráfico 3: Distribuição percentual dos respondentes em função do departamento / serviço de exercício.	53
Gráfico 4: Distribuição percentual dos respondentes em função da antiguidade no hospital.	54
Gráfico 5: Distribuição percentual dos respondentes em função da antiguidade na equipa.	54
Gráfico 6: Distribuição percentual dos respondentes em função dos graus académicos e diplomas não conferentes de grau académico.....	55
Gráfico 7: Distribuição percentual dos respondentes em função da Carreira de enfermagem	56
Gráfico 8: Distribuição percentual dos respondentes em função da existência de plano de formação no serviço.	56
Gráfico 9 : Distribuição percentual dos respondentes em função da participação na elaboração do plano de formação.	56
Gráfico 10: Distribuição percentual dos respondentes em função da publicação de artigos científicos nos últimos 5 anos.	57
Gráfico 11: Distribuição percentual dos respondentes em função do local de publicação dos artigos científicos	58
Gráfico 12: Distribuição percentual dos respondentes de acordo com responsabilidade na integração de novos elementos no serviço.	58
Gráfico 13: Distribuição percentual dos respondentes de acordo com a resposta à questão "Possui alguma formação na área de supervisão clínica?"	59
Gráfico 14: Distribuição percentual dos respondentes de acordo com o tipo de formação em supervisão clínica.	59
Gráfico 15: Distribuição percentual dos respondentes de acordo com acumulação atual de funções.	60
Gráfico 16: Distribuição percentual dos respondentes de acordo com a acumulação de funções no passado.	60
Gráfico 17: Gráfico caixa de bigodes da distribuição dos valores de criação e aquisição do conhecimento.	62
Gráfico 18: distribuição percentual das respostas por item da escala da criação e aquisição de conhecimento.	62
Gráfico 19: Distribuição percentual das respostas desfavoráveis, neutras e favoráveis por item da escala criação e aquisição do conhecimento.	63
Gráfico 20: Distribuição percentual das respostas desfavoráveis, neutras e favoráveis por item na escala criação e aquisição do conhecimento por via interna.	63
Gráfico 21: Distribuição percentual das respostas desfavoráveis, neutras e favoráveis por item na escala criação	64
Gráfico 22: Gráfico caixa de bigodes da distribuição atribuição de sentido ao conhecimento.....	64
Gráfico 23: Distribuição percentual das respostas por item da escala atribuição de sentido ao conhecimento.	65

Gráfico 24: Distribuição das respostas desfavoráveis, neutras e favoráveis na atribuição de sentido ao conhecimento.....	66
Gráfico 25: Gráfico caixa de bigodes da distribuição da partilha e difusão do conhecimento.....	67
Gráfico 26: Distribuição percentual das respostas por item da escala partilha e difusão do conhecimento.	68
Gráfico 27: Distribuição percentual das respostas desfavoráveis, neutras e favoráveis por item da escala partilha e difusão do conhecimento.	69
Gráfico 28: Distribuição percentual das respostas desfavoráveis, neutras e favoráveis por item na escala partilha e difusão intencional do conhecimento.	69
Gráfico 29: Distribuição percentual das respostas desfavoráveis, neutras e favoráveis por item na escala da partilha e difusão do conhecimento não intencional.	70
Gráfico 30: Gráfico caixa de bigodes da distribuição dos valores da memória da equipa.	71
Gráfico 31: Distribuição percentual das respostas por item na escala memória de equipa.	71
Gráfico 32: Distribuição das respostas desfavoráveis, neutras e favoráveis na memória de equipa.	72
Gráfico 33: Distribuição percentual das respostas desfavoráveis, neutras e favoráveis por item da escala memória da equipa interna intencional.....	72
Gráfico 34: Distribuição percentual das respostas desfavoráveis, neutras e favoráveis por item na escala memória da equipa interna tácita.....	73
Gráfico 35: Distribuição percentual das respostas desfavoráveis, neutras e favoráveis por item na escala memória da equipa externa.	73
Gráfico 36: Gráfico caixa de bigodes da recuperação e utilização do conhecimento.	75
Gráfico 37: Distribuição percentual das respostas por item na escala recuperação e utilização do conhecimento.	75
Gráfico 38: Distribuição das respostas desfavoráveis, neutras e favoráveis por item na escala recuperação e utilização do conhecimento.	76
Gráfico 39: Distribuição percentual das respostas desfavoráveis, neutras e favoráveis por item na escala recuperação controlada do conhecimento.	77
Gráfico 40: Distribuição percentual das respostas desfavoráveis, neutras e favoráveis por item na escala recuperação automática do conhecimento.	77
Gráfico 41: Distribuição percentual das respostas desfavoráveis, neutras e favoráveis por item na escala utilização do conhecimento.	77
Gráfico 42: Gráfico caixa de bigodes dos catalisadores do conhecimento líder e equipa.....	79
Gráfico 43: Distribuição percentual das respostas por item na escala catalisadores do conhecimento líder e equipa.....	80
Gráfico 44: Distribuição percentual das respostas desfavoráveis, neutras e favoráveis por item na escala catalisadores do conhecimento líder e equipa	80
Gráfico 45: Distribuição percentual das respostas desfavoráveis, neutras e favoráveis por item na escala catalisador do conhecimento líder.....	81
Gráfico 46: Distribuição percentual das respostas desfavoráveis, neutras e favoráveis por item na escala catalisador do conhecimento equipa.....	81
Gráfico 47: Gráfico caixa de bigodes da distribuição catalisador organização	82
Gráfico 48: Distribuição percentual das respostas por item na escala catalisador do conhecimento organização.	82
Gráfico 49: Distribuição percentual das respostas desfavoráveis, neutras e favoráveis por item da escala catalisador do conhecimento organização.	83

INTRODUÇÃO

O conhecimento tem vindo a ter uma crescente importância na nossa sociedade desde meados dos anos oitenta do sec. XX quando indivíduos e empresas reconheceram o seu papel fundamental na gestão do ambiente mundial cada vez mais competitivo (Wiig, 1997). O produto conhecimento difere de todos os outros uma vez que não pode ser herdado ou legado. Tem que ser adquirido de novo por cada um de nós uma vez que nascemos todos com a mesma ignorância total (Drucker, 2012). O conhecimento constitui um elemento crucial para a sobrevivência das organizações atuais implicando uma gestão tão criteriosa como aquela que é realizada com os seus outros ativos (Asrar-ul-Haq & Anwar, 2016).

As mudanças demográficas na força de trabalho, caracterizadas pelo seu envelhecimento, associado a um recrutamento competitivo com uma rotatividade mais rápida entre os funcionários mais jovens, estão a criar problemas sem precedentes na retenção de conhecimento em muitos setores (De Long & Davenport, 2003). O setor da saúde não é alheio a este problema, uma vez que assistimos ao longo da nossa carreira nas mais variadas instituições à saída de colaboradores das organizações com conhecimento especializado sem que estas tivessem alguma forma eficaz de reter e registar na sua memória organizacional esse “capital humano”. Acreditamos que “perda de conhecimento representa um desafio para as organizações que desejam permanecer competitivas (E. C. Martins & Martins, 2011, p. 49)” e inovadoras pelo que o estudo das dinâmicas organizacionais da gestão do conhecimento se reveste de importância fundamental.

O conhecimento basicamente desempenha um papel imprescindível para a eficiência e eficácia das operações organizacionais; no entanto, o método mais adequado para essa GC permanece como uma questão difícil de abordar, especialmente com a tarefa desafiadora de reter o conhecimento especializado, especialmente na sua vertente tácita (Muthuveloo, Shanmugam, & Teoh, 2017).

O **objeto** deste estudo trata-se da gestão do conhecimento em equipas de enfermagem no hospital de Santarém, EPE consistindo na forma como se desenvolvem as práticas de GC ao nível da equipa em ambiente hospitalar de acordo com o modelo de Cardoso (2008) adaptado ao nível grupal por Cardoso & Peralta (2011) enquadrado nos aspetos conceptuais dos padrões de conhecimento em enfermagem de acordo com Carper (1978) e Chinn & Kramer (2017).

A **necessidade** deste estudo surge-nos pela existência de uma crescente valorização dos processos de reflexão institucional, no setor da saúde, legitimadores das práticas dos grupos profissionais detentores de um corpo de conhecimentos especializado que vai muito além da soma do conhecimento individual do profissional em interação com o contexto de trabalho. A partir desta reflexão tem vindo a adquirir uma importância fundamental conhecer a forma como os profissionais organizam o conhecimento a partir das suas fontes e o utilizam na sua prática diária

(Amendoeira, 2006), ou seja, qual a dinâmica de gestão desse conhecimento, quais os vasos comunicantes entre as várias vertentes do conhecimento. A forma como esta dinâmica se desenvolve, para nós neste estudo, avaliada á luz de um modelo integrador de várias visões da gestão do conhecimento, de certa forma “ecuménico”, o modelo de Cardoso (2008) permitirá ter uma perceção dessas vertentes da gestão do conhecimento através da valorização que as equipas avaliadas no estudo manifestam acerca das afirmações constantes no instrumento de medida utilizado.

A necessidade deste estudo surge-nos também reforçada a partir da constatação da existência de estudos empíricos sobre a gestão do conhecimento (GC) em contexto empresarial, mas poucos os que exploram o contexto dos cuidados de saúde; a necessidade desta temática surge também pelo facto de a nível internacional o setor da saúde estar a enfrentar um problema urgente com a retenção de colaboradores detentores de conhecimentos chave para o desenvolvimento das instituições, (API Healthcare, 2013 como citado em Montgomery & Oladapo, 2014).

O **objetivo** deste estudo consiste em compreender as práticas de gestão do conhecimento da equipa de enfermeiros no Hospital Distrital de Santarém EPE decorrente da **questão de investigação** como é realizada a gestão do conhecimento nas equipas de enfermeiros no hospital de Santarém, EPE?

Trata-se de um **estudo descritivo, transversal com abordagem quantitativa** com recurso ao inquérito por questionário (instrumento Gestão do Conhecimento em Equipas (GCE)) que permite avaliar seis dimensões e catorze subdimensões da GC grupal.

O conhecimento de uma organização pode ser visto como um fluído misto que consiste na perícia dos seus funcionários atuais, artefactos, dados operacionais, dados armazenados nos acervos institucionais e conhecimento derivado da prática (Davenport & Prusak, 2000; Nilakanta, Miller, Peer, & Bojja, 2009). Este facto implica que o conhecimento necessita de ser estudado a partir do que é essencial aos contextos, e a partir das atividades de todos os dias que os indivíduos realizam no seu espaço de trabalho porque o conhecimento só ganha significado no ato de desenvolver e melhorar a prática (Amendoeira, 2006), dando-lhe, acrescentamos nós, sentido. A característica exclusiva do conhecimento como recurso reside no facto de que se torna obsoleto assim que é criado implicando a criação contínua de novo conhecimento para que as organizações sobrevivam no ambiente atual competitivo (Takeuchi & Nonaka, 2008) Neste estudo adotamos a **definição de conhecimento** de Cardoso (2008, p. 170) entendido como “uma combinação complexa, dinâmica e multidimensional de elementos de ordem cognitiva, emocional, comportamental, um ativo que é pessoal e socialmente construído, cuja orientação para a ação o torna determinante para o funcionamento das organizações”.

A gestão do conhecimento constitui um conceito de evolução recente, e talvez por este facto, com uma diversidade de orientações teóricas, e modelos, traduzindo uma falta de estabilização conceptual (Cardoso, 2008). A autora fruto de uma análise às várias correntes de pensamento acerca do tema identifica três abordagens de GC, a americana, a japonesa e a europeia, cada uma delas com uma visão parcelar da realidade. A partir destas três perspetivas define **gestão do conhecimento** como “a criação e o desenvolvimento das condições organizacionais internas que catalisam todos os processos relacionados com o conhecimento (sua criação/aquisição, partilha/difusão, armazenamento, recuperação, utilização, etc.) no sentido da consecução dos objetivos da organização”(2008, pp. 171, 172).

Quando as organizações são confrontadas com tarefas difíceis e complexas uma das estratégias de primeira linha constitui o trabalho em equipa. As equipas são usadas quando o erro

acarreta graves consequências; quando a complexidade da tarefa excede a capacidade individual; quando o ambiente da tarefa é mal definido, ambíguo e stressante; quando decisões múltiplas e rápidas são necessárias; e quando a vida de outros depende do resultado da percepção coletiva, proporcionada pelos contributos dos saberes individuais (Salas, Cooke, & Rosen, 2008). O trabalho em equipa é visto, internacionalmente, como um importante facilitador na garantia de qualidade dos serviços de saúde, e a sua importância tem sido enfatizada em numerosos documentos e publicações, quase até ao extremo de ser considerado uma panaceia para todos os problemas do setor (Xyrichis & Ream, 2008). Por todas estas características das equipas, e do trabalho em equipa, torna-se importante compreender as suas dinâmicas de GC e como estas contribuem para o seu desempenho.

O corpo de conhecimentos que serve de fundamento lógico para a prática de enfermagem possui padrões, formas e estrutura que servem como horizontes de expectativas e exemplificam modos ver os fenómenos. A compreensão desses padrões é relevante para o desenvolvimento, ensino e prática da enfermagem porque não só amplia o âmbito do conhecimento em si, antes mais dá toda a relevância ao que significa saber, e que tipos de conhecimento são considerados de maior valor na disciplina de enfermagem (Carper, 1978; Chinn & Kramer, 2017). Neste estudo analisa-se as dinâmicas da GC às luz destes padrões de acordo com Carper, 1978, Chinn & Carper, 2017), o padrão empírico (o que é o fenómeno?, como funciona?) ; o padrão pessoal (conheço aquilo que faço? Faço o que conheço?); o padrão ético (Isto é correto?, Isto é responsável?) ; o padrão estético (o que significa isto? Qual o seu grau de significância?) ; e o padrão emancipatório (Quem beneficia? Quais as barreiras à liberdade? Que medidas são necessárias? O que está errado no contexto?) (Chinn & Kramer, 2017).

A gestão eficaz do conhecimento é muito importante no desempenho organizacional de excelência. O sucesso ou fracasso da GC depende da eficácia com que os membros de uma organização compartilham e usam seus conhecimentos. Como a gestão do conhecimento desempenha um papel fundamental na melhoria do exercício da enfermagem, identificar os factores essenciais e investigar o nível de gestão do conhecimento num hospital são prioridades para garantir uma alta qualidade de enfermagem para os pacientes (Lee, Kim, & Kim, 2014).

Esta dissertação desenvolve-se ao longo de sete capítulos. Após esta introdução são abordados a GC na vertente da organização, da equipas e dos profissionais; o conhecimento na enfermagem; a metodologia; análise e tratamento estatístico dos dados; discussão de resultados; conclusão e referências bibliográficas.

1 – GESTÃO DO CONHECIMENTO: A ORGANIZAÇÃO, A EQUIPA E O PROFISSIONAL

O interesse com o conhecimento não é recente, constitui para a filosofia desde os filósofos gregos, um tema de debate (Alvesson & Kärreman, 2001; Cardoso, Gomes, & Rebelo, 2003; Nonaka, Von Krogh, & Voelpel, 2006; Takeuchi & Nonaka, 2008). O conceito de conhecimento caracteriza-se como um fenómeno ambíguo, inespecífico e dinâmico, intrinsecamente relacionado à compreensão, ao fluxo de processos e, portanto, de difícil definição e gestão (Alvesson & Kärreman, 2001), e como tal passível de muitas interpretações e abordagens.

A economia global do conhecimento tem caracterizado o início do século XXI enquadrada num contexto marcado pelo aumento da incerteza, ambiguidade e turbulência (Asrar-ul-Haq & Anwar, 2016; Johannessen & Olsen, 2010), onde o capital mais valioso de uma organização constitui os seus trabalhadores do conhecimento e a sua produtividade (Drucker, 2012). Nesta ótica a GC é essencialmente uma questão de pessoas, onde estas têm um papel fundamental na criação, partilha e utilização do conhecimento relevante para a organização (Brito & Cardoso, 2011). “É neste contexto que emerge o conceito de gestão do conhecimento e a sua relevância atual tem que ver com a importância atribuída à capacidade de identificar os atributos empresariais responsáveis pela criação e manutenção do conhecimento, bem como com o reconhecimento do seu valor, raridade, inimitabilidade e insubstituibilidade”(Cardoso L, 2007, p. 192).

Organização é uma entidade social deliberadamente estruturada, organizada e direcionada por objetivos (Daft, 2014; Drucker, 2012). Por entidade social entende-se ser constituída por duas ou mais pessoas; organizada por objetivos significa desenhada para alcançar algum resultado, indo ao encontro das necessidades dos seus membros e clientes; deliberadamente estruturada, porque as tarefas e responsabilidade pelo desempenho são compartilhadas pelos seus membros (Daft, 2014). Uma das características que distingue uma organização é o facto de ter um propósito que habitualmente vem expresso na forma de um objetivo ou conjunto de objetivos; outra das características distintivas é o facto dos membros de organização trabalharem para alcançar esses objetivos; as organizações também se caracterizam por serem estruturadas e organizadas por forma a definir os limites comportamentais dos seus membros (Robbins, Coulter, & Decenzo, 2017). A organização atual distingue-se também como uma entidade complexa centrada no conhecimento exigindo dos seus profissionais o uso do saber, da teoria, dos conceitos e menos do músculo, como no passado, cujo contributo para as instituições, e sociedade, pode ser considerado efetivo quando este se materializa na capacidade da organização para cumprir os seus objetivos e produzir resultados (Drucker, 2006).

As ações humanas na sua maioria exigem algum tipo de conhecimento por muito superficial que ele seja; por vezes exigem um conhecimento aprofundado e extenso; este conhecimento manifestado na ação, a que chamamos competências, pode ser fundado na experiência pessoal, no senso comum, na cultura partilhada por um círculo de especialistas, ou no fruto da pesquisa científica. São representações da realidade, que construímos e armazenamos tendo como referência a nossa experiência formação académica e profissional, desta forma não existem competências que não se sustentem no conhecimento (Braga & Silva, 2006). Nesta linha de pensamento, o desenvolvimento dos conhecimentos, e das competências, desde a competência cognitiva, funcional, social, ética, à meta competência, fica alinhado com as fases de progressão

profissional, onde a relação entre conhecimento e competência evolui de uma forma de pensamento linear para um pensamento complexo; e evolui do conhecimento para a competência, de modo gradual cíclico onde a retorno aos mesmos temas, e problemas, é realizado com uma maturidade e profundidade diferentes (Milner, Gusic, & Thorndyke, 2011).

O conhecimento organizacional existe na convergência da interação dos elementos-chave do contexto que são as pessoas, os processos e a tecnologia, (Brito & Cardoso, 2011; Wickramasinghe, Rajeev & Gibbons, 2009) uma vez que o conhecimento nas suas mais variadas formas sempre esteve embutido nas atividades desenvolvidas pelas organizações (Cardoso, 2008; Levy, 2011).

1.1- O CONHECIMENTO

O conceito de conhecimento é várias vezes confundido com os conceitos de Informação e dados. Inclusivamente em alguns contextos são usados indistintamente. A maioria dos investigadores concordam, no entanto que o conhecimento é o resultado da experiência pessoal e do seu processamento no nosso sistema cognitivo (Bratianu, 2015), sendo uma entidade diferente, e mais complexa que aqueles.

No sentido de se enquadrar concepção de conhecimento, e entender as suas nuances e extensão, clarificamos os conceitos de dados e informação, e a sua relação com o conhecimento. Adotamos os conceitos propostos por Cardoso (2007) para dados e informação em coerência com o modelo conceptual escolhido para esta dissertação. Para esta autora (2007, p. 45) “Os dados são elementos objetivos, descontínuos e quantificáveis, desprovidos de significado, de fácil génese e transporte e essenciais ao funcionamento organizacional, porquanto incorporam todo o potencial para a criação da informação”; a informação constitui um “conjunto tangível de dados organizados de uma forma lógica e intencional, com carácter inacabado, podendo consubstanciar-se num ato comunicativo, interpessoal, multiforme e polissémico, indispensável ao regular funcionamento organizacional, porquanto incorpora todo o potencial para a criação de conhecimento”. Constata-se que estes conceitos são na sua essência mais redutores e simples, dito de outra forma, os dados são matéria em bruto, sem significado, e a informação é um produto com significado a partir dos dados; já o conhecimento é uma entidade mais complexa, multifacetada, muito mais dinâmica, com sentido, resultado de um processo de reflexão orientado para a ação, e revelado nos comportamentos humanos individuais e de grupo.

Cardoso, Gomes & Rebelo (2003), desenvolveram uma análise de conteúdo a partir da literatura sobre o tema por forma a clarificar conceptualmente o termo conhecimento. Identificaram associado ao termo conhecimento sete grandes categorias: 1. níveis de conhecimento (organizacional, grupal e individual) ; 2. componentes (cognitivo, emocional, cognitivo-comportamental); 3. dimensões (individual, social); 4. características nucleares (natureza, atributos, origem processo individual de construção, localização); 5. instrumentalidade (atividades relacionadas com a criação do conhecimento, medição do capital intelectual e gestão do conhecimento); 6. conhecimento tácito; 8. conhecimento explícito.

O conhecimento é um recurso vital para uma organização sendo considerado como um elemento crucial para a sua sobrevivência, constitui uma força motora, no contexto atual, de um mundo inconstante e dinâmico, implicando um cuidado tão grande na sua gestão como com a dos outros ativos organizacionais (Asrar-ul-Haq & Anwar, 2016; Cardoso et al., 2003; Takeuchi & Nonaka, 2008). A característica exclusiva do conhecimento como recurso reside no facto de que se torna obsoleto assim que é criado implicando a criação contínua de novo conhecimento para que

as organizações sobrevivam no ambiente competitivo atual (Takeuchi & Nonaka, 2008). Interpreta-se daqui que o conhecimento mesmo quando reutilizado é reconstruído pela ação humana atendendo às circunstâncias únicas e irrepetíveis de cada momento da ação.

O conhecimento ao nível individual é a capacidade de delinear distinções, dentro de um domínio de ação, fundamentadas na apreciação do contexto ou teoria, ou ambos. O conhecimento organizacional é a capacidade que os seus membros têm para o desenvolver, para fazer distinções no processo de execução do seu trabalho, em contextos concretos, realizando um conjunto de generalizações cuja aplicação depende de entendimentos coletivos que evoluem ao longo do tempo (Tsoukas & Vladimirov, 2001). A interação colaborador e organização implica um novo relacionamento, entre aquele e esta, como resultado da sincronização do campo de conhecimento individual com o campo de conhecimento organizacional (Bratianu, 2015). Nesta linha de pensamento “o conhecimento organizacional envolve a sua codificação, como um processo de tornar conhecimento num formato adequado ao compartilhamento, disseminação, propagação, armazenamento, recuperação e incorporação”(Bratianu, 2015, p. 128).

O conhecimento basicamente desempenha um papel fundamental para a eficiência, e eficácia, nas operações organizacionais; no entanto, o método mais adequado para essa gestão do conhecimento permanece como uma questão difícil de abordar, especialmente com a tarefa desafiadora de reter o conhecimento especializado, especialmente na sua vertente tácita (Muthuveloo et al., 2017). O conhecimento gerido adequadamente, especialmente o conhecimento tácito que existe na mente das pessoas, acumulado ao longo do tempo, implica a criação das condições para que seja compartilhado sob pena de se desgastar e desaparecer com facilidade. Entre todos os processos de GC, o compartilhamento do conhecimento foi identificado como o mais vital (Asrar-ul-Haq & Anwar, 2016).

O conhecimento é um recurso crítico e crucial em qualquer organização, nomeadamente nas organizações de saúde. O acesso ao conhecimento científico mais atual é por vezes a diferença entre a vida e a morte; entre um diagnóstico preciso ou errado; ou entre uma intervenção atempada ou um internamento prolongado (Wickramasinghe, Bali & Gibbons, 2009).

O conceito de GC no setor da saúde surgiu mais recentemente do que nos setores da indústria e dos negócios, proporcionando uma oportunidade ideal para avaliar adequadamente os sistemas de captura, compartilhamento e armazenamento do conhecimento. Atendendo às especificidades do seu contexto é necessária também uma reflexão adicional sobre como conciliar os conceitos de tradução do conhecimento e gestão do conhecimento orientada para os processos produtivos e processos de cuidados de saúde ideais e, em última análise, para os resultados em saúde (Kothari et al., 2011; Wickramasinghe et al., 2009). O desafio no setor da saúde reside, na nossa perspetiva, na harmonização das necessidades de produtividade, e a racionalidade económica do serviço, com a necessária humanização, segurança e qualidade dos cuidados de saúde. A gestão do conhecimento assume um papel importante neste equilíbrio ao contribuir para a criação das ferramentas necessárias para a harmonização de objetivos aparentemente contraditórios.

1.2 - A GESTÃO DO CONHECIMENTO NAS ORGANIZAÇÕES

A gestão, como entidade emergiu de uma forma rápida desde a segunda metade do sec. XIX, tendo transformado de forma vincada, ao nível global, o tecido social e económico. Até recentemente nenhuma sociedade conseguia contratar um grande número de colaboradores com conhecimentos e qualificações avançadas; nenhuma sociedade conseguia ou sabia reunir colaboradores com diferentes competências e conhecimentos para atingir objetivos comuns para

realizarem um trabalho produtivo (Drucker, 2012). A evolução para a complexidade na sociedade e no trabalho criou a necessidade de tornar as pessoas mais eficazes e coordenadas através de métodos científicos de planejar, organizar, liderar e avaliar. Criou a necessidade de uma nova área do conhecimento com ferramentas que fossem ao encontro destas novas necessidades.

A gestão é definida como a consecução de objetivos organizacionais de forma eficaz e eficiente através do planeamento, organização, liderança e controlo dos recursos organizacionais. As competências tradicionais de gestão encontram-se baseadas num estilo de liderança baseada no comando e controle, no foco em tarefas individuais e na padronização de processos e procedimentos com o objetivo de estabilidade e equilíbrio. No entanto ao gestor atual é-lhe exigido novas competências que incluem a capacidade de liderança inspiradora ao ser um facilitador em vez de um controlador, possuir um estilo de liderança promotor da cooperação, empoderamento e mobilização das equipas para a inovação e mudança (Daft, 2014).

A gestão está relacionada com a atividade humana ao tornar as pessoas capazes de um desempenho conjunto tornando as suas fraquezas individuais irrelevantes, salientando os seus pontos fortes permitindo que cada indivíduo cresça e se desenvolva à medida que as necessidades e as oportunidades se transformam. A gestão é compreendida também como a integração de indivíduos com competências e conhecimentos diferentes num projeto comum, em interação não só com o contexto e cultura onde este se desenvolve, mas também com base na comunicação e responsabilidade individual. A gestão é um empreendimento que exige dos indivíduos um compromisso com os valores e os objetivos compartilhados simples, claros e convergentes (Drucker, 2012).

A definição de gestão também engloba a ideia de atingir metas organizacionais de maneira eficiente e eficaz (Daft, 2014). A gestão é importante porque as organizações nas sociedades industrializadas, onde as tecnologias complexas dominam, as organizações reúnem conhecimento, pessoas e matérias-primas para executar tarefas que nenhum indivíduo poderia realizar sozinho (Daft, 2014; Drucker, 2012).

À luz desta definição a responsabilidade do gestor é coordenar recursos de maneira eficaz, eficiente e efetiva para atingir as metas da organização. **Eficácia** organizacional é o grau em que a organização alcança um objetivo declarado, ou consegue realizar o que tenta fazer. Eficácia organizacional significa fornecer um produto ou serviço que os clientes valorizam. **Eficiência** organizacional refere-se à quantidade de recursos utilizados para atingir uma meta organizacional. É pautada pela quantidade de matéria-prima, fundos, e as pessoas necessárias para cumprir um determinado objetivo de produção. A eficiência pode ser definida como a quantidade de recursos usados para produzir um produto ou serviço (Daft, 2014). A **efetividade** organizacional é a dimensão da ação, do desempenho, que representa a relação entre os resultados alcançados e as transformações ocorridas (Drucker, 2006). Na prática o impacto da ação. Em suma, **a eficácia é a capacidade, o grau, de realização de objetivos; a eficiência consiste no processo de utilização produtiva dos recursos e a efetividade na realização das ações corretas no sentido de transformar o contexto existente.** Neste sentido a GC desempenha um papel potencialmente mediador ao conectar o contexto e a estratégia organizacional com a efetividade organizacional (Zheng, Yang, & McLean, 2010).

No **sistema de saúde a gestão** é considerada como um ponto fundamental de alavancagem para os esforços globais das organizações e indivíduos para alcançar as metas e objetivos de desempenho rentabilizando os recursos humanos, técnicos e financeiros (Bradley, Taylor, & Cuellar, 2015). A **gestão dos cuidados de saúde** é a aplicação dos princípios gerais da gestão ao setor da saúde tendo como objetivo a gestão eficiente dos custos e da qualidade dos serviços de saúde, pelo

menos no que concerne à coordenação da aquisição e da prestação de serviços, assim como da seleção dos fornecedores. Inclui modelos de organização e instrumentos de controlo que melhoram as estruturas de prestação de cuidados e otimizam a cadeia de valor a partir da perspectiva do utente (Amelung, 2013). O conceito de gestão em saúde envolve também os papéis, funções, competências, bem como as responsabilidades do gestor (Reblando, 2018), assim como a gestão estratégica, e operacional, das atividades da cadeia logística, da qualidade, do desempenho financeiro, do desempenho dos recursos humanos, da *Governance* e liderança das instituições (Fassbinder S. & Shanks N., 2012 citados por Linnander, et al., 2017; Bradley, Taylor, & Cuellar, 2015).

A **gestão dos bens intangíveis** como o conhecimento é de importância fundamental para a competitividade das empresas, e o setor de saúde cada vez mais não é exceção. Nesta linha de pensamento é importante que as organizações concretizem a GC de acordo com o objetivo de o difundir dentro da organização (Sveiby, 2001). A **gestão do conhecimento** é compreendida por Takeuchi e Nonaka (2008) como o processo de criar continuamente conhecimento, disseminando-o amplamente através da organização e incorporando-os velozmente em novos produtos/serviços, tecnologias e sistemas perpetuando a mudança no interior da organização.

A consulta da literatura permite perceber que o recurso ao termo **gestão do conhecimento** não é pacífico nem na sua natureza nem nos seus limites (Cardoso, 2008) no entanto pode-se designar por **gestão do conhecimento** como “a criação e desenvolvimento das condições organizacionais internas que catalisam todos os processos relacionados com o conhecimento (sua criação/aquisição, partilha/difusão, armazenamento, recuperação, etc.) no sentido da consecução dos objetivos da organização”(Cardoso, 2008, p. 171,172).

Uma organização quando adota uma estratégia de gestão que valoriza o conhecimento, e as suas dinâmicas, pretende alcançar determinados resultados que estão estreitamente associados aos objetivos inerentes a cada atividade de gestão do conhecimento. Estes objetivos e resultados caracterizam-se por uma dupla orientação, interna e externa, conforme se enfatize mais uma dimensão intraorganizacional (processos internos), ou extra organizacional (processos externos à organização) Cardoso (2008).

Cardoso (2008) a partir da sistematização da literatura identificou uma série de objetivos e resultados da gestão do conhecimento, de orientação interna e externa, que caracterizam as instituições que privilegiam esta forma de gestão (quadro 1)

Quadro 1: Revisão da literatura de Cardoso (2008) sobre os objetivos e resultados da gestão do conhecimento.

Objetivos e resultados	Orientação interna	• Explicitação do conhecimento tácito • Criação de novo conhecimento • Criação de conhecimento organizacional (a partir do individual e do grupal) • Disponibilização do conhecimento a organização como um todo a ser acerca do conhecimento relevante • Aquisição de competências orientadoras da ação • Incorporação do conhecimento do comportamento individual grupal e organizacional • Incorporação do Conhecimento em produtos e serviços • Criação de riqueza • Facilitação da resolução problema • Promoção da aprendizagem organizacional • Rendibilização dos recursos organizacionais • Promoção do desenvolvimento organizacional • Promoção da realização dos objetivos organizacionais • Promoção da inovação • Promoção da Criatividade • Promoção da mudança • Promoção do desempenho organizacional
	Orientação externa	• Promoção das relações com os diversos Stakeholders • Promoção da adaptação ao ambiente (interno e externo) • Promoção da Vantagem competitiva sustentável

fonte: (Cardoso, 2008, p. 173)

A GC constitui um conceito de evolução recente, e talvez por este facto, com uma diversidade de orientações teóricas e modelos traduzindo uma falta de estabilização conceptual (Cardoso, 2008) em que autora identificou três abordagens da gestão do conhecimento, a americana, a Japonesa e a europeia. Cada uma delas constituiu uma visão parcelar da realidade da gestão do conhecimento.

A **abordagem americana** atribui especial ênfase às relações entre a GC e a utilização da tecnologia (Cardoso, 2003). Davenport e Prusak (2000), autores que representam esta abordagem definem o conhecimento como uma mistura fluida de práticas contextualizadas, valores, informações contextuais e percepção dos peritos que fornecem um enquadramento que permite avaliar e incorporar novas experiências e informação. Tem origem e aplicação nas mentes dos depositários do conhecimento. Nas organizações, este manifesta-se não só em documentos ou repositórios, mas também nas rotinas, processos, práticas e normas¹. Estes autores defendem que o processo de GC compreende três subprocessos fundamentais: a criação, codificação, e, a transferência. Na sua opinião, as organizações comportam-se como mercados de conhecimento, com compradores (alguém que procura o conhecimento para resolver um problema), vendedores (com reputação no mercado interno por terem conhecimento sobre um processo ou assunto), e corretores (pessoas que fazem conexões entre aqueles que precisam do conhecimento e aqueles que o possuem).

A **abordagem japonesa** está centrada na criação do conhecimento, distinguindo a vertente tácita e a vertente explícita do conhecimento (Cardoso, 2003). Os autores considerados os

¹ Knowledge is as a fluid mix of framed experience, values, contextual information, and expert insight that provides a framework for evaluating and incorporating new experiences and information. It originates and is applied in the minds of knowers. In organizations, it often becomes embedded not only in documents or repositories but also in organizational routines, process, practices, and norms (Davenport, Thomas H.; Prusak, 2000, p. 5).

expoentes nesta abordagem são Takeuchi & Nonaka, (2008) que evidenciam o contraste entre as tradições epistemológicas ocidentais e orientais e enfatizam a importância do conhecimento tácito. Para eles, o **conhecimento tácito** é aquele residente no cérebro dos indivíduos constituindo o principal motor de criação de conhecimento nas organizações, afirmando mesmo que “chave para a criação do conhecimento reside na mobilização e na conversão do conhecimento tácito” (p. 54,55).

A **abordagem europeia** enfatiza o **capital intelectual** e os recursos organizacionais intangíveis (Cardoso, 2003). Alguns dos autores referenciados neste tipo de abordagem são: Edvinsson (1997); Edvinsson e Malone (1997); Klein (1998); Sveiby (1997), Stewart (1998) entre outros. Esta abordagem distingue a contribuição do capital intelectual para o desempenho organizacional salientando a importância da valorização dos recursos humanos através da sua contabilização adequada como um ativo organizacional. Nesta abordagem o conhecimento dos colaboradores é considerado um ativo estratégico que deve de ser “medido”.

Segundo Stewart (1997, como citado em Harris, 2014) a inteligência, o **capital intelectual**, constitui um ativo quando o contexto é beneficiado pela capacidade cerebral “flutuante” dos seus colaboradores de um modo coerente (por exemplo através de uma lista de discussão, banco de dados, uma agenda para uma reunião, uma descrição de um processo); quando o conhecimento é retido de uma forma que permita sua descrição, compartilhamento e exploração, e pode ser implementado para fazer algo de uma forma inovadora.

Cardoso (2008) após analisar as três abordagens da gestão do conhecimento já descritas explicitou a contribuição que cada uma delas abarca. Considerou cada uma como uma visão incompleta sobre a gestão do conhecimento, uma vez que não se “encontra expressão num paradigma dominante” (Cardoso, 2008, p. 166) pelo que **desenvolveu um modelo sistemático suscetível de orientar a investigação, clarificar os processos que materializam a gestão do conhecimento**. Fruto desta análise a autora propõe que o **conhecimento** “consiste numa combinação complexa, dinâmica e multidimensional de elementos de ordem cognitiva, emocional e comportamental, um ativo que é pessoal e socialmente construído cuja orientação para a ação o torna determinante para o funcionamento das organizações”(Cardoso, 2008, p. 45,46).

Uma organização quando define uma estratégia dirigida para a GC procura alcançar objetivos e resultados com uma dupla orientação interna, ou externa, de acordo com o foco nos processos e atividades dentro ou fora da organização. A orientação interna privilegia o acesso ao conhecimento tácito gerado pelos indivíduos e grupos da organização por forma a torná-lo acessível a toda a organização no sentido a que possa ser incorporado nos seus processo produtivo e serviços, criando condições de inovação e melhoria de desempenho. A orientação externa, enfatiza a necessidade de sobrevivência num contexto de elevada competitividade investindo em processos organizacionais que procuram responder eficazmente às necessidades dos colaboradores, clientes fornecedores, acionistas, entre outros “*stakeholders*”(Cardoso, 2008).

Neste modelo a **gestão do conhecimento** é entendida como um “conjunto de atividades de cariz quotidiano, relativas à criação e desenvolvimento das condições organizacionais internas que catalisam todos os processos relacionados com o conhecimento enquanto recurso imprescindível, no sentido da concretização dos objetivos” (Cardoso, 2008, p. 183) da organização. É constituído por **seis dimensões** consideradas como indispensáveis para a operacionalização dos processos de gestão do conhecimento, criação e aquisição do conhecimento; atribuição de sentido ao conhecimento; partilha e difusão do conhecimento; memória organizacional; medição do conhecimento, e recuperação do conhecimento.

O **processo de criação e aquisição do conhecimento** é fundamental para Cardoso (2007), ao ser considerado como catalisador e desencadeador dos restantes processos organizacionais relacionados com o conhecimento. A aquisição e sobretudo a criação do conhecimento, entendida como algo de inovador ou algo de novo na organização, implica a ter em conta um conjunto de fontes e atividades de cunho mais interno (intraorganizacional) ou externo (extra organizacional) que se encontram exemplificadas no quadro 2.

Quadro 2: Criação e aquisição do conhecimento – Modelo de Cardoso (2008).

Criação e aquisição	Criação e aquisição externa	Fontes	• Novos colaboradores • Clientes • Fornecedores • Distribuidores • Concorrentes • Acionistas • Investidores • Universidades • Comunidade social, organizacional e científica, em geral • Entidades governamentais • Outras fontes externas
		Atividades relacionadas	• Observação • Adoção • Adaptação • Imitação • Apropriação • Inserção/integração (pontual ou definitiva) de novos colaboradores • Inserção/integração de novo conhecimento • Introdução de nova tecnologia • Compra • Aluguer • Incentivo à aprendizagem • Formação externa (cursos, conferências, seminários, fóruns, etc) • Colaboração/Cooperação externa(parcerias, protocolos, alianças, etc) • Investimento em investigação • Outras atividades
	Criação e aquisição interna	Fontes	• Conhecimento tácito individual • Conhecimento explícito • Equipas de trabalho • Interação individual e/ou coletiva (presencial ou virtual) • Experiências partilhadas/ atividades conjuntas • Aprendizagem congénita
		Atividades relacionadas	• Processos de conversão entre conhecimento tácito e explícito • Explicitação retenção e disponibilização do conhecimento tácito • Interação individual e ou coletiva • Experiências partilhadas atividades conjuntas • Diálogo e discussão • Geração e partilha de modelos mentais • Observação • Imitação • Improvisação • Adoção • Adaptação • Inserção • Formação interna (Cursos, formação no posto de trabalho, etc) • Colaboração/Cooperação interna • Incentivo à aprendizagem • Incentivo à partilha • Incentivo à criatividade • Melhoria contínua de processos • Investigação e desenvolvimento • Recursos dedicados (indivíduos, equipas, recursos financeiros, tempo, etc)

Fonte: (Cardoso, 2008, p. 175)

Atribuição de sentido ao conhecimento são todos os processos organizacionais influenciados pelas características inerentes aos atores organizacionais que possibilitem uma tradução coerente da informação e do conhecimento relacionados com os fenómenos relevantes da organização. A dinâmica de atribuição de sentido encontra-se explicitada no quadro 3, onde se realça que a atribuição de sentido se processa mediante processos cognitivos. Esta dinâmica pode ser inferida através de uma série de ações organizacionais (por exemplo decisões, ação organizacional, etc.) que constituem os seus objetos de análise. São elencados os processos que a partir dos acontecimentos e desempenhos determinantes da organização possibilitam a atribuição de sentido aos acontecimentos da história, quer estes sejam positivos ou negativos, na organização.

Quadro 3: Processo cognitivos e objetos de análise na atribuição de sentido ao conhecimento – Modelo de Cardoso (2008).

Atribuição de sentido	Processos cognitivos inerentes à atribuição de sentido	• Diálogo • Reflexão crítica • Análise racional • Extrapolação de acontecimentos passados • Desaprendizagem
	Objetos de análise e de atribuição de sentido	• Decisões tomadas • Estratégia organizacional • Ação organizacional • Controlo dos processos • Novos projetos • Processos de resolução de problemas • Instrumentos de apoio à tomada de decisão

Fonte: (Cardoso, 2008, p. 177)

A **partilha e difusão do conhecimento** são as atividades de projeção do conhecimento individual ao nível da organização podendo ser desenvolvidas de uma forma intencional através de ações explícitas e conscientes efetuadas pelos diversos agentes organizacionais, assumindo quer comportamentos formalmente instituídos e estimulados, quer através de todas as suas ações individuais espontâneas explícitas e deliberadas. Estas atividades também podem assumir uma forma não intencional de cariz informal de partilha e difusão do conhecimento, sem que os seus intervenientes tenham consciência ou intencionalidade no processo.

Nesta dimensão é de salientar as atividades que atuam como catalisadores fundamentais na partilha e difusão do conhecimento quer esta seja de uma forma intencional ou não; atividades como a comunicação, interação presencial, individual, grupal ou coletiva ou mesmo conversas e outros processos comunicacionais ocasionais constituem ações aceleradoras e dinamizadoras da disseminação do conhecimento.

Estes processos de dispersão do conhecimento devem de ser suportados por instrumentos que possibilitem o armazenamento e memorização do conhecimento considerado essencial para organização. O acervo deste conhecimento constitui a **memória organizacional**, comporta um âmbito claramente orientado para o contexto interno (abarcando uma vertente intencional explícita e uma vertente tácita) onde todos os indivíduos que compõem a organização, procedimentos, rotinas, produtos e serviços, entre outros constituem compila arquivos, deste conhecimento; comporta também uma dimensão externa, compreendendo, entre outras, a imagem que a organização projeta para o seu exterior através das interações que estabelece e as informações existentes acerca da organização noutras instituições ou repositórios externos.

As competências inerentes à identificação e avaliação do conhecimento na organização constituem a dimensão **Medição do conhecimento**, que pela sua natureza essencialmente

imaterial e intangível são complexas, no entanto não devem de ser negligenciadas porque a identificação e medição do conhecimento organizacional constitui fator distintivo e identitário ao possibilitar a sua rendibilização (extração de valor).

O processo de **medição do conhecimento organizacional** envolve um conjunto etapas com início nas das atividades relacionadas com a sua criação e aquisição, passando delineação de um sistema de identificação, medição e auditoria do conhecimento relevante para a organização, de acordo com os objetivos organizacionais.

A recuperação **do conhecimento organizacional** depreende a recuperação constante do conhecimento anteriormente obtido por parte de todos os atores organizacionais, as equipas e a própria organização. Encontra-se ramificada em duas grandes subdimensões, a recuperação da memória controlada, individual ou ao nível organizacional; e a recuperação da memória automática que ocorre quando a ação está baseada em valores e princípios da cultura organizacional, no diálogo acerca da natureza das suas funções ou sobre a organização. Este tipo de recuperação não possibilita a reflexão e questionamento uma vez que é automática e tácita.

A dimensão **criação e aquisição de conhecimento nas equipas** pode surgir de fontes internas, como a partilha de ideias, a formação e atividades que potenciem a aprendizagem e criatividade, ou aquelas atividades criadoras de condições para o desenvolvimento de novo conhecimento; e surgir de fontes externas como o aproveitamento dos conhecimentos trazidos para a equipa pelos novos colaboradores, criação e rendibilização de parcerias diversas, entre outros.

1.3 – GESTÃO DO CONHECIMENTO EM EQUIPAS DE TRABALHO

Quando as organizações são confrontadas com tarefas difíceis e complexas uma das estratégias de primeira linha constitui o trabalho em equipa. As equipas são usadas quando o erro acarreta graves consequências; quando a complexidade da tarefa excede a capacidade individual; quando o ambiente da tarefa é mal definido, ambíguo e stressante; quando decisões múltiplas e rápidas são necessárias; e quando a vida de outros depende do resultado da perceção coletiva proporcionada pelos contributos dos saberes individuais (Salas et al., 2008).

As organizações são cada vez mais dinâmicas e instáveis implicando a uma maior necessidade de organizar o trabalho em equipas uma vez que o trabalho em equipa é essencial para assegurar o rigor e precisão no desempenho, particularmente no setor da saúde (Baker, Day, & Salas, 2006; Xyrichis & Ream, 2008), constituindo-se as equipas como o principal elemento das organizações ao proporcionar uma resposta coordenada, adaptável e célere aos problemas institucionais, num mundo cada vez mais exigente e competitivo (Kozlowski & Bell, 2012; Salas, Sims, & Burke, 2005).

As organizações de saúde atuais, nomeadamente os hospitais, caracterizam-se por uma rede complexa de grupos profissionais e processos de decisão; pela a existência no seu seio de grupos profissionais qualificados, especializados, culturalmente diversos, e com um foco específico no exercício; e uma necessidade permanente de atualização dos seus profissionais (Jan Walburg, Helen Bevan, John Wilderspin, 2006; Karamitri, Talias, & Bellali, 2017). Apesar desta complexidade e diversidade, todos partilham um objetivo comum: pretendem que a experiência do utente nos serviços de saúde seja o mais positiva possível. Atingir este objetivo exige uma coordenação eficaz, e eficiente, não só no seio dos grupos profissionais, mas também entre os vários grupos profissionais distintos, no sentido de assegurar respostas adaptáveis e rápidas, em suma de trabalho em equipa.

O **Trabalho em equipa** constitui um conjunto de pensamentos, ações e sentimentos inter-relacionados de cada membro da equipa que são necessários para funcionar em cooperação e interdependência viabilizando o desempenho, a coordenação de tarefas ajustáveis aos objetivos com consequente criação de valor para as organizações (Salas et al., 2005).

Não existe uma definição universal para equipa, existem autores que não distinguem equipa de grupo de trabalho usando os dois termos de forma indistinta considerando-os sinónimos de um mesmo conceito (Kozlowski & Bell, 2012); outros fazem uma distinção clara entre estes dois termos considerando-os conceitos diferentes, apesar de algumas características sobreponíveis (Robbins & Judge, 2017; Salas, Burke, & Cannon-Bowers, 2000). Tal como estes últimos autores também temos a convicção de que grupos e equipas não são a mesma coisa, uma vez que o primeiro passo para transformar vários indivíduos numa equipa de trabalho é compreender que estamos perante conceitos diferentes (Salas et al., 2000).

Um grupo é composto por dois ou mais indivíduos, interdependentes em interação, que se uniram para alcançar objetivos específicos. Um grupo de trabalho é um grupo que interage principalmente para compartilhar informações e tomar decisões no sentido de ajudar cada membro a exercer eficazmente o seu conteúdo funcional (Robbins & Judge, 2017; Salas et al., 2008).

Os **grupos** podem ser formais ou informais. Um grupo formal é definido pela estrutura da organização, com atribuições de trabalho designadas e tarefas estabelecidas. Nos grupos formais, os comportamentos dos membros da equipa devem ser determinados por objetivos organizacionais. Por outro lado, um grupo informal não é rigorosamente estruturado nem organizacionalmente definido, respondendo em contexto de trabalho à necessidade de interação social (Robbins & Judge, 2017).

Uma **equipa de trabalho**, por outro lado, gera sinergia positiva por meio da coordenação. Os esforços individuais resultam num nível de desempenho maior que a soma das entradas individuais (Morgan, Salas, & Glickman, 1993; Salas et al., 2008, 2005). Pode-se argumentar que uma equipa é um subconjunto de um conjunto maior de grupos com características únicas que têm implicações na forma como promover o seu desempenho eficaz (Robbins & Judge, 2017; Salas et al., 2000, 2008). Em ambos, grupos e equipas de trabalho, muitas vezes há expectativas comportamentais por parte dos seus membros, esforços coletivos de normalização, dinâmicas de grupais ativas e níveis de tomada de decisão, mesmo que informais. Ambos podem gerar ideias, reunir recursos ou coordenar, no entanto, esse esforço será limitado à colheita de informações necessária para a tomada de decisão por agentes exteriores ao grupo (Robbins & Judge, 2017).

A **definição de equipa** tem vindo a ser construída por vários pesquisadores, mas todas as definições contêm de acordo com M. Brannick, E. Salas, & C. Prince na sua obra *Team Performance Assessment and Measurement: Theory, Methods and Applications* (1997, citados por Salas et al., 2008; Kalisch & Salas, 2009) os seguintes três elementos: dois ou mais indivíduos interdependentes, com um objetivo comum; os membros da equipa têm atribuições e funções específicas; os membros da equipa executam tarefas, tomam decisões, e interagem coordenadamente para alcançar um objetivo comum ou resultado.

A clarificação conceptual contribui para a compreensão da razão porque as organizações estruturam os processos de trabalho em equipas. O uso amplo de equipas cria o potencial para a organização gerar maiores resultados sem aumentar o número de funcionários. A chave do conceito encontra-se mesmo na palavra - potencial. Não há nada mágico que garanta automaticamente a cooperação, e sinergia, quando se decide criar uma equipa. Apelidar unicamente um grupo como uma equipa não melhora automaticamente seu desempenho. Equipas

eficazes têm certas características comuns que devem de ser procuradas e fomentadas (Morgan et al., 1993; Robbins & Judge, 2017; Salas et al., 2000).

É importante fazer uma distinção entre desempenho e eficácia da equipa. O **desempenho** da equipa é responsável pelos resultados das ações da equipa, independentemente de como a equipa possa desenvolver a tarefa. Por outro lado, a **eficácia** da equipa exige essencialmente uma perspetiva holística ao considerar não apenas se a equipa executou, concluiu a tarefa, mas também como a equipa interagiu (ou seja, os processos, a comunicação e trabalho da equipa) para atingir os resultados. Essa é uma distinção importante porque muitos fatores externos à equipa podem contribuir para o seu sucesso (ou fracasso) e, portanto, em alguns casos, os indicadores de desempenho da equipa são por si só insuficientes para entender a sua dinâmica e processos (Salas et al., 2005).

Salas, Sims e Burke (2005) na sua obra propõem um **modelo de cinco dimensões para o trabalho em equipa** que determinam o seu desempenho e três mecanismos de coordenação entre estas dimensões. Os oito elementos-chave trabalho em equipa propostos pelos autores são: (1) a liderança de equipa (que compreende, estrutura, direção, apoio fornecido pelo líder formal e pelo outros membros da equipa); (2) Sentido coletivo, que engloba os fatores de coesão de grupo e uma cultura em que sobressai o sucesso da equipa sobre o sucesso individual; (3) Monitorização mútua do desempenho, que inclui aspetos como consciencialização dos membros da equipa das suas funções na equipa; (4) Suporte ou apoio ou seja, ajudar o outro nas suas tarefas e responsabilidades; (5) adaptabilidade que é a capacidade de ajustar as estratégias e atribuição de recursos de acordo com as informações colhidas; (6) modelos mentais compartilhados, que constituem os comuns como modelos conceptuais, papéis, pontos fortes e fracos, processos e estratégias necessários para atingir objetivo; (7) comunicação em circuito fechado, ou seja, troca de informações em que o destinatário e o remetente se certificam que o conteúdo da mensagem foi compreendido; (8) confiança mútua que é a perceção compartilhada que os membros executem as ações necessárias para alcançar objetivos interdependentes e agir no interesse da equipa.

A estrutura conceptual deste modelo é relevante para o estudo ao oferecer uma explicação prática e comportamental precisa do processo de trabalho em equipa que pode ser entendida, e compartilhada, por profissionais, gestores e pesquisadores (Kalisch & Salas, 2009). Os resultados do trabalho destes autores (2009) sugerem que estes processos também se encontram presentes nas equipas de enfermagem ao concluírem que, para otimizar o trabalho das equipas de enfermagem, as iniciativas de melhoria da qualidade devem visar desenvolver nos seus membros os conhecimentos, habilidades e competências necessárias ao desenvolvimento dos processos de liderança eficaz da equipa, monitorização mútua do desempenho, comportamento de suporte, assim como incentivo coletivo no sentido da adaptabilidade e cumprimento de objetivos.

O Psicólogo de Harvard Richard Hackman, citado por Edmondson (Edmondson, 2012, 2013), demonstrou a influência da estrutura organizada em equipas no desempenho grupal. De acordo com essa perspetiva, as equipas funcionais favoráveis ao trabalho em equipa são aquelas com objetivos claros, tarefas bem definidas, cujos membros possuem as habilidades e experiências adequadas para o seu desempenho, assim como o acesso a recursos de treino e suporte. Este modelo aborda a equipa como uma entidade encerrada nos seus limites bem definidos para explicar o seu desempenho.

Xyrichis & Ream (2008) identificam ausência na literatura de uma definição universal de trabalho em equipa aplicada ao contexto de trabalho dos profissionais de saúde, considerando que as características específicas destas justificavam uma abordagem conceptual particular. Com base no trabalho de pesquisa realizado sobre este tema, os autores, com o intuito de facilitar a

comunicação entre profissionais de saúde, e compatibilizar diferenças de entendimento no conceito de trabalho em equipa, propõem que este conceito para o setor da saúde seja entendido como um processo dinâmico que envolve dois ou mais profissionais de saúde com conhecimentos e habilidades complementares, compartilhando objetivos comuns de saúde, exercendo um esforço físico e mental concertado no diagnóstico, planeamento ou avaliação da prestação de cuidados ao utente. Isso é realizado através de colaboração interdependente, comunicação aberta e tomada de decisão partilhada. Na sua ótica, isto gera valor acrescentado para os utentes, e resultados não só para a organização como também para os colaboradores².

Edmondson (2013) ao refletir sobre o conceito de equipa menciona o trabalho de Ancona & Caldwell (1992) onde estes demonstram como fator também importante no desempenho das equipas, a interação que os seus membros estabelecem com elementos fora dos limites da sua equipa; como resultado desta reflexão considera a equipa como uma entidade dinâmica, muitas vezes fluida, organizada na sua constituição e processo de trabalho de acordo com a natureza dos problemas a resolver. Este aspeto constitui para nós uma vertente muito importante na análise do trabalho em equipa, quer na perspetiva teórica quer no ponto de vista prático, uma vez que intuímos que a equipa não constitui uma entidade fechada em si caracterizada pela ausência de interação com o exterior, antes pelo contrário.

Neste caminho de clarificação conceptual acerca da equipa, e do trabalho em equipa, deparamo-nos com o facto de que emerge um conceito de equipa “gramaticalmente como um nome” (Edmondson, 2012, 2013). Edmondson (2012, 2013) propõe que quando se trata de equipas, principalmente em contextos de evolução dinâmica, o que melhor as define é um verbo “teaming” (Agrupar, Reunir); o verbo de ação “teaming” constitui uma entidade dinâmica, não uma entidade estática circunscrita; “teaming” é em grande parte determinado pela atitude mental e práticas de trabalho da equipa, e não pela eficiência estrutural do desenho das equipas.

“Teaming” é o trabalho em equipa, em tempo real, em constante adaptação às mudanças no contexto. Envolve a coordenação e colaboração sem o benefício da estrutura bem delimitada das equipas estáveis, porque em muitas atividades, como a saúde, a indústria energética e nas forças armadas, exige-se um nível de flexibilidade de pessoal, e saberes, que torna por vezes rara uma composição estável das equipas. Num número crescente de organizações, a natureza do trabalho em constante mudança significa que muitas equipas se dissolvem quase tão cedo quanto se formam (Edmondson, 2013).

Este conceito para nós constitui aquele que melhor se adequa à realidade atual do setor da saúde porque este ao contrário de outras organizações complexas (Salas, Zajac, & Marlow, 2018) as equipas de saúde são diariamente confrontadas com situações de risco de vida ou lesão onde um estado de controlo raramente é alcançado, e não existem regras e procedimentos precisos para o desempenho das equipas dada a volatilidade dos contextos e natureza multifacetada dos problemas (Nemeth, Wears, Patel, Rosen, & Cook, 2011). Dito de outra forma, as equipas desenvolvem o seu trabalho em ambientes altamente complexos, incertos, de ritmo acelerado, em “que o padrão de trabalho em equipa muda frequentemente à medida que avançamos no dia de trabalho”(Jan Walburg, Helen Bevan, John Wilderspin, 2006, p. 66).

² *A dynamic process involving two or more health professionals with complementary backgrounds and skills, sharing common health goals and exercising concerted physical and mental effort in assessing, planning, or evaluating patient care. This is accomplished through interdependent collaboration, open communication and shared decision-making. This in turn generates value-added patient, organizational and staff outcomes” (Xyrichis & Ream, 2008).*

Nos contextos de trabalho das unidades de saúde existem 3 tipos de equipas: **de trabalho** (aquelas que formam unidades de trabalho naturais, fazendo o dia-a-dia trabalho da organização, como um grupo de funcionários em uma determinada unidade de assistência ao paciente); **equipas de projeto** (aquelas que abordam um problema específico, como a prática de enfermagem conselho, equipa de melhoria da qualidade ou política e comité de procedimentos); **equipas de gestão** (equipas selecionadas por pessoas que dirigem operações ou unidades organizacionais, tais como médico-cirúrgicas gestores de enfermagem ou diretores de enfermagem (Kalisch & Begeny, 2005).

Na área da saúde as evidências científicas suportam a relação entre trabalho em equipa e a segurança dos utentes. Estudos que investigam os fatores que contribuem para eventos adversos e incidentes críticos e demonstram que trabalho em equipa desempenha um papel importante na causalidade e prevenção dos eventos (Manser, 2009; Rosen et al., 2008); Pesquisa focada nas perceções dos profissionais de saúde sobre o trabalho em equipa demonstraram que as perceções da equipa sobre o trabalho em equipa e as atitudes em relação ao comportamento da equipa relevante para a segurança estavam relacionadas com a qualidade e segurança do atendimento ao utente e perceções de trabalho em equipa e estilo de liderança estão associados ao bem-estar da equipa; Estudos observacionais sobre trabalho em equipa relacionados com comportamentos de alto desempenho profissional identificaram padrões de comunicação, coordenação e liderança que suportam a eficácia no trabalho em equipa (Manser, 2009).

Na enfermagem vários estudos demonstraram que a associação do trabalho em equipa a uma gama de resultados positivos ao nível da satisfação no trabalho, satisfação em ser enfermeiro, e no aumento da retenção nas instituições, ou seja, menos rotação na composição dos grupos de trabalho (Cronenwett et al., 2007; Rafferty, Ball, & Aiken, 2001). Além disso, foi identificada uma forte associação entre trabalho em equipa e autonomia da profissão, não sendo, no entanto, possível particularizar se o trabalho em equipa é uma condição prévia para autonomia ou vice-versa, mas é possível, no entanto, identificar que a sua interação sugere uma sinergia e não um conflito (Rafferty et al., 2001).

Tradicionalmente, supõe-se que, se um enfermeiro é capaz de trabalhar individualmente de forma autónoma; que seja também capaz de trabalhar, automaticamente, de forma eficaz como um membro da equipa ou líder. Consequentemente, a avaliação e treino formal de trabalho em equipa tem sido amplamente ausente nas organizações e programas básicos de formação de enfermagem (Leonard et al., 2004 como citado em Kalisch & Lee, 2009). No entanto o movimento global impulsionador das práticas de segurança do utente dos serviços de saúde veio dar uma ênfase especial à necessidade do trabalho em equipa como forma de assegurar um ambiente seguro para os utentes (Kalisch & Lee, 2009).

Torna-se necessário, então, uma mudança cultural e um estímulo particular na formação básica, e avançada dos enfermeiros, nas competências do trabalho em equipa, no sentido deste se tornar uma ferramenta essencial ao exercício (Kalisch & Lee, 2009) e reforçar a tendência verificada de diminuição da mentalidade individualista, compartimentando a sua ação ao seu turno, sem investir igual energia nas ações que garantam uma continuidade eficaz dos cuidados (Kalisch & Begeny, 2005).

A **operacionalização do modelo de Cardoso (2008) ao nível da equipa** implica a manutenção da maioria dos processos de gestão do conhecimento ao nível organizacional (criação e aquisição do conhecimento, atribuição de sentido ao conhecimento, partilha e difusão do conhecimento, recuperação do conhecimento organizacional) à exceção da dimensão medição do conhecimento que foi suprimida pois Cardoso e Peralta (2011) consideram-na inadequada ao nível grupal, cujos itens avaliam aspetos que fazem sentido ao nível global de uma organização. Além da supressão da dimensão medição do conhecimento, ao nível grupal os autores incluem também uma terceira dimensão na recuperação do conhecimento, fruto da necessidade de **refletir os aspetos instrumentais** da recuperação do conhecimento ao nível da equipa, a dimensão **utilização do conhecimento**, passando a chamar-se **recuperação e utilização do conhecimento** (figura 1).

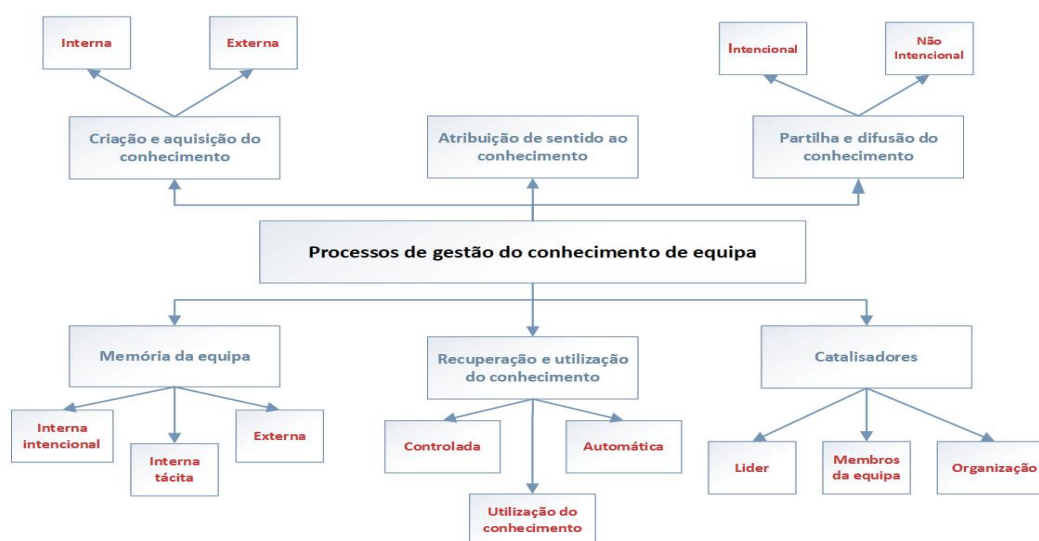


Figura 1: Processos de gestão do conhecimento na equipa (elaboração própria).

A **criação e aquisição de conhecimento**, é a dimensão que promove e viabiliza todos os outros processos inerentes à gestão do conhecimento no seio da equipa, podendo ter uma origem interna ou externa, como vimos anteriormente na vertente organizacional. Estão incluídas nesta dimensão todas as atividades potenciadoras da aprendizagem, e da criação de conhecimento no seio da equipa, vertente interna, como por exemplo a interação entre os seus elementos, através da colaboração e cooperação na resolução de problemas. O recurso aos conhecimentos trazidos para a equipa pelos elementos recém-chegados; o recurso aos conhecimentos acessíveis através de parcerias com fontes externas à equipa, assim como ao fruto de investigações externas constituem exemplos de criação e aquisição externa de conhecimento.

A **atribuição de sentido ao conhecimento** fundamenta-se na compreensão e sentido atribuído pelos elementos da equipa aos êxitos e fracassos, normas, protocolos, rotinas, em suma a todos os acontecimentos organizacionais. A natureza e o grau desta atribuição de sentido variam de acordo com as características da equipa e da interação que esta estabelece com o seu contexto.

A **partilha e difusão de conhecimento** que pode ocorrer, tal como na vertente organizacional, de forma intencional (isto é, de natureza explícita) ou não intencional (isto é, de natureza tácita) possibilita a propagação do conhecimento não só no seio da equipa, mas também extravasar as fronteiras da equipa, fluindo através da organização. A forma **intencional** ocorre através de ações **de forma explícita**, conscientes e deliberadas pelos elementos da equipa, como por exemplo através de reuniões, ações de formação ou da rotação dos trabalhadores por

diferentes funções, que constituem atividades institucionais que sinalizam o conhecimento válido e instrumental considerado relevante para a organização. A partilha e difusão de modo **não intencional**, manifesta-se de **forma tácita** em situações de interação informal, como por exemplo em pausas para café, ou histórias contadas acerca de situações de trabalho.

A **memória da equipa** é orientada para o interior e exterior e fundamenta os processos de retenção do conhecimento com sentido e instrumentalmente relevante para a equipa. Os processos orientados para o seio da equipa (**memória interna intencional**) apresentam uma vertente intencional, deliberada e consciente manifesta nos procedimentos, rotinas, desenvolvimento de produtos, prestação de serviços; estes processos encontram-se fundamentados no conhecimento de competências nucleares fundamentais, por vezes únicas e exclusivas, da equipa. Os processos orientados para o exterior (**memória interna tácita**) reportam-se à estratégia, políticas, teorias que fundamentam a ação, a instrumentalidade e estrutura da ação, e as formas aprendidas de perceber e refletir a realidade do contexto da equipa. A imagem e reputação que a equipa projeta para o seu exterior, através da interação com outras equipas da organização, assim como as referências e informações existentes nos mais diversos documentos organizacionais e plataformas constituem a **memória externa**.

Ao nível organizacional Cardoso e Peralta (2011) consideram a **recuperação do conhecimento** essencial para o desenvolvimento organizacional com duas dimensões como vimos anteriormente, a dimensão da recuperação controlada e a de recuperação automática. Ao **nível grupal** consideram que a recuperação do conhecimento apresenta além destas duas dimensões uma terceira, que é a **utilização do conhecimento** passando a chamar-se **recuperação e utilização do conhecimento** por forma a incluir os aspetos instrumentais do conhecimento ao nível da sua recuperação.

Definem que a **recuperação controlada** é orientada pela equipa em processos conscientes, e objetivos, de reflexão acerca dos seus processos de trabalho, sucessos e insucessos, assim como através do acesso à informação contida nos diversos repositórios organizacionais; consideram que a **recuperação automática** implica essencialmente conhecimento tácito resultando no exercício de funções de acordo com um quadro de valores e princípios, assim como das conversas tidas sobre a equipa. A terceira dimensão constitui a utilização **do conhecimento** que se refere à instrumentalidade associada ao desenvolvimento de produtos, serviços, processos e procedimentos.

Cardoso e Peralta (2011) na vertente grupal de análise da gestão do conhecimento acrescentaram os **catalisadores de gestão do conhecimento** (**líder da equipa, membros da equipa e organização**) por considerarem que as práticas inerentes a cada dimensão da gestão do conhecimento podem ser influenciadas pelos líderes, membros da equipa e pela própria organização, ao estimular os processos de gestão do conhecimento através de uma cultura promotora do conhecimento, da sua partilha, assim como a estimulação da inovação e diálogo (Cardoso, L; Peralta, 2011). O uso de uma escala para medir o papel dos gestores ao nível das equipas (gestão intermédia), dos pares e da organização no processo de gestão do conhecimento potencialmente útil para um diagnóstico da atuação desses atores organizacionais (Oliveira, 2019), constituindo assim uma mais valia na avaliação das dinâmicas do conhecimento.

2 – O CONHECIMENTO EM ENFERMAGEM

A partir dos anos 60 do sec. XX a Enfermagem tem experimentado um processo de reflexão e teorização com implicações na construção de um corpo de conhecimentos próprios da profissão que a caracterizam como uma área específica de conhecimento e intervenção no setor da saúde (Amendoeira, et al. 2014), caracterizada por um domínio especializado do conhecimento, com objeto, metodologias de estudo e leis próprias (Alarcão & Rua, 2005).

Existe uma crescente valorização dos processos de reflexão institucional, no setor da saúde, legitimadores das práticas dos grupos profissionais detentores de um corpo de conhecimentos especializado que vai muito além da soma dos conhecimentos individuais do profissional em interação com o contexto de trabalho. A partir desta reflexão tem vindo a adquirir uma importância fundamental conhecer a forma **como** os profissionais organizam o conhecimento a partir das suas fontes e o utilizam na sua prática diária (Amendoeira, 2006), como o processam, constroem, reconfiguram e aplicam em situações originais.

A formação inicial constitui um período estruturante de conhecimento que os contextos da prática permitirão mobilizar e contribuir para a sua integração. O exercício do profissional experiente está a um nível superior ao da sua própria disciplina. Uma vez que o seu conhecimento é o fruto da fusão do substrato disciplinar inicial com os saberes de várias fontes de outras disciplinas, e o seu saber experiencial, o que lhe permite uma visão muito mais abrangente da realidade do que um aluno em situação de aprendizagem pré-profissional (Alarcão & Rua, 2005).

O conjunto dos saberes dos enfermeiros manifestados no processo de cuidar obtidos das mais variadas formas, consistem em saberes teóricos, teórico-práticos, práticos e simulação, produzidos e praticados tanto em contexto académico como profissional, (Serrano, Costa, & Costa, 2013), constituem desta forma o seu conhecimento, concebido “como dinâmico, pessoalizado, contextualizado, socialmente construído, interligado nas suas parcelas” (Alarcão & Rua, 2005, p. 373), requerendo do profissional competência, responsabilidade, trabalho em equipa e criação do saber em parceria com os pares (com e para os pares).

A questão do que constitui o conhecimento de enfermagem para afirmação da profissão como disciplina do conhecimento (Amendoeira, 1999; Hall, 2005) tem sido um aspeto fundamental não só para a sua evolução, mas também para a questão da responsabilidade profissional (Hall, 2005). Esta discussão não é exclusiva da enfermagem uma vez que nas últimas décadas vários são os autores preocupados com a natureza do conhecimento no setor da saúde (Nicolini, Powell, Conville, & Martinez-Solano, 2008).

A importância do conhecimento para a profissão, é salientada por inúmeros autores, particularmente na vertente do conhecimento clínico, na vertente do risco, e nos processos de tomada de decisão, no entanto existem poucos trabalhos empíricos na vertente da clarificação conceptual do exercício do conhecimento por parte dos enfermeiros (Lafave, 2008; Siu & Bartnicka, 2015), isto é a sua dinâmica, como este é criado, como flui, como é armazenado e utilizado.

LaFave (2008) identifica, no seu estudo qualitativo, o exercício do conhecimento dos enfermeiros os componentes essenciais do sistema de trocas de informação e conhecimento na perspectiva de 18 enfermeiros desempenhando várias funções numa unidade de cuidados intensivos pediátrica. O seu trabalho, através da técnica de entrevista e *Focus Group*, revelou que o conhecimento dos enfermeiros incluía aspetos como a filosofia, a missão e os objetivos da unidade; sobre pessoas e seus papéis na unidade; as operações de coordenação, e as relações sociais entre funcionários e pacientes. Identificou também que a comunicação interpessoal constituía o mecanismo básico de transmissão de conhecimento, nomeadamente trocas sobre normas e protocolos, funções na equipa, dicas e truques sobre técnicas de enfermagem e informações gerais acerca de aspetos funcionais da unidade.

Os saberes essenciais ao desempenho no processo de cuidados podem ser adquiridos de formas distintas e constituem-se em saberes teóricos, teórico-práticos, práticos e a simulação, desenvolvidos tanto em contexto académico como profissional (Hall, 2005; Serrano et al., 2013). A aquisição destes saberes, dado a natureza eminentemente prática da profissão, surge muito vinculada aos contextos de trabalho, sendo estes palcos polivalentes de socialização, onde o profissional aprende não só o sentido e os conceitos da profissão, mas também onde se identifica com eles, integrando-os como seus, onde cada disciplina do conhecimento providencia o conhecimento necessário à prática, contribuindo para a reflexão da acção essencial para uma perspectiva de exercício baseado na evidência (Amendoeira, et al., 2014).

2.1 – PADRÕES DE CONHECIMENTO EM ENFERMAGEM

O corpo de conhecimentos que serve de alicerce, de base lógica, para a prática da enfermagem possui padrões, formas e estrutura que servem como horizontes de expectativas e exemplificam modos próprios de pensar sobre os fenómenos. A compreensão desses padrões é relevante para o desenvolvimento, ensino e prática da enfermagem. Esta compreensão não só amplia o âmbito do conhecimento em si, antes mais dá toda a relevância ao que significa saber, e que tipos de conhecimento são considerados de maior valor na disciplina de enfermagem (Carper, 1978; Chinn & Kramer, 2017).

Carper (1978) desenvolve este raciocínio no seu artigo “Fundamental Patterns of Knowing in Nursing”, estabelecendo quatro padrões de conhecimento em enfermagem, Empírico, Pessoal, Ético e Estético, constituindo o conhecimento de enfermagem inerente a todos estes domínios necessário para um cuidado efetivo (Chinn & Kramer, 2017). Nos próximos parágrafos ir-se-á descrever de uma forma sucinta o seu pensamento acerca dos quatro padrões do conhecimento, assim como de um quinto padrão, o padrão de conhecimento emancipatório, teorizado por Chinn & Kramer (2014), fruto da sua investigação na área do conhecimento da enfermagem com o modelo de Carper.

Conhecimento Empírico. Conhecimento factual da ciência, ou de outras fontes externas, que pode ser verificado empiricamente. Conhecimento que é sistematicamente organizado em leis e teorias gerais com o objetivo de descrever, explicar e prever os fenómenos com interesse para a disciplina de enfermagem. Baseado no pressuposto de que maioria dos esforços de desenvolvimento e

pesquisa de teoria se dedica principalmente à busca e geração de explicações sistemáticas e controláveis pela evidência dos factos, e que podem ser usadas na organização e classificação do conhecimento. O padrão de conhecimento geralmente designado como “ciência da enfermagem” não exhibe, embora a literatura da disciplina o aponte como um ideal, o mesmo grau de fundamentação sistemática, integrada e abstrata características das ciências mais maduras (Carper, 1978; Chinn & Kramer, 2017). Este padrão responde às questões: **O que é o fenómeno? Como funciona?** (Chinn & Kramer, 2017).

Conhecimento Pessoal. Conhecimentos e atitudes derivados da autocompreensão e empatia pessoais, incluindo imaginar-se na posição do outro. O conhecimento pessoal em enfermagem diz respeito à experiência interior de tornar-se um Eu total, consciente e genuíno. O conhecimento pessoal abrange conhecer o próprio Ser e o Eu em relação aos outros (Carper, 1978; Chinn & Kramer, 2017). Conhecer, na vertente pessoal, constitui a assimilação e entendimento do saber por uma pessoa, podendo também ser interpretado como um entendimento ativo realizado pelo sujeito que conhece a partir de conhecimento prévio acumulado na memória (Schultz & Meleis, 1988 como citados por Cestari, 2003). Esta conceção permite identificar “três aspetos do conhecimento pessoal: conhecer o próprio ser, saber que (conhecimento explícito) e saber como (conhecimento implícito ou prático)” (Cestari, 2003, p. 38). Este padrão responde às questões: **Conheço aquilo que faço? Faço o que conheço?** (Chinn & Kramer, 2017).

Conhecimento Ético. Atitudes e conhecimentos derivados de uma estrutura ética, incluindo a consciencialização de questões e escolhas morais. O conhecimento ético também envolve esclarecer valores conflitantes e explorar interesses, princípios e ações alternativos. Pode não haver resposta satisfatória para um dilema ético ou sofrimento moral; antes, pode haver apenas alternativas, algumas das quais são mais satisfatórias que outras. O conhecimento ético em enfermagem requer um conhecimento experiencial dos valores e costumes sociais a partir dos quais surge o raciocínio ético, bem como o conhecimento dos princípios e códigos formais da disciplina (Carper, 1978; Chinn & Kramer, 2017). No seu exercício diário, os enfermeiros estabelecem objetivos e realizam intervenções necessárias ao problema dos utentes, o que implica a realização de escolhas, decidir o que é cientificamente correto e adequado à situação (Cestari, 2003). Este padrão responde às questões: **Isto é correto? Isto é responsável?** (Chinn & Kramer, 2017).

Conhecimento Estético. Constitui a consciência da situação imediata, focada na ação prática presente; incluindo a consciência do objeto dos cuidados e de suas circunstâncias vida como singulares, assim como a visão holística da sua situação individual. O conhecimento estético em enfermagem envolve uma apreciação do significado de uma situação e requer recursos internos que transformam a experiência no que ainda não é real, manifestando algo que de outra forma não seria possível. Fundamenta-se na empatia, isto é, na capacidade de participar ou experimentar indiretamente os sentimentos alheios, que é um modo importante no padrão estético do conhecimento. A pessoa obtém conhecimento da experiência singular, particular e sentida de outra pessoa através de um conhecimento empático, envolve a percepção da abstração particular retirada da abstração universal, da totalidade das situações (Carper, 1978; Chinn & Kramer, 2017). Este padrão responde às questões: **O que significa isto? Qual o seu grau de significância?** (Chinn & Kramer, 2017).

A área do saber da Enfermagem é reconhecida como útil à sociedade traduzida essencialmente pelo exercício de atividades que são essenciais à dinâmica da comunidade, apesar de não serem reconhecidas como fazendo parte de um campo autónomo de saber e de intervenção (Amendoeira, 2006, 2009). Decorrente do reconhecimento da sua utilidade social Chinn e Kramer

(2008), acrescentam aos quatro padrões do conhecimento de Carper (1978), um quinto padrão, o **padrão de conhecimento emancipatório** que se define como o envolvimento por parte dos enfermeiros no desenvolvimento de uma consciência dos problemas sociais, e na tomada de ação para criar mudanças sociais (Chinn & Kramer, 2017). O conhecimento emancipatório exige que o enfermeiro reflita conscientemente sobre a ação e na ação, antevendo as suas implicações, com o intuito de contribuir para a melhoria da prática futura, com consequências abrangentes para a comunidade no geral e não apenas para um momento específico circunscrito ao “aqui e agora”. Assente na reflexão crítica no sentido de identificar as desigualdades que estão impregnadas nas instituições sociais e políticas, bem como na necessidade de identificar crenças culturais e valores que precisam de mudar para criar condições justas. Este conhecimento requer uma compreensão da dinâmica de poder que cria o conhecimento e dos contextos sociais e políticos que moldam e influenciam as epistemologias prevalentes do conhecimento e do saber. Este padrão responde às questões: **Quem beneficia? Quais as barreiras à liberdade? Que medidas são necessárias? O que está errado no contexto?** (Chinn & Kramer, 2017).

O conhecimento em enfermagem fundamentado em todos os padrões é necessário para uma prestação de cuidado eficaz. A história diz-nos que durante muito tempo sobressaiu o conhecimento no padrão empírico não só na enfermagem, mas também nas outras disciplinas de cuidados de saúde (Archibald, 2012; Mantzourou & Mastrogiannis, 2011; Thorne & Sawatzky, 2014; Paley, Cheyne, Dalglish, Duncan, & Niven, 2007; Porter, 2010; Satterfield et al., 2009, citados por Chinn & Kramer, 2014). A enfermagem envolve processos, dinâmicas e interações que são mais eficazes quando os cinco padrões de conhecimento empírico, ético, estético, conhecimento pessoal e conhecimento emancipatório surgem em interação. A práxis é possível quando todos os padrões de conhecimento são integrados de uma forma que suporta a justiça social dos cuidados de saúde. O termo práxis não é apenas uma palavra sofisticada para "prática", implica que o enfermeiro vá além da prática e se envolva nos processos institucionais e comunitários que contribuam para assegurar o direito dos cidadãos à proteção da sua saúde (Chinn & Kramer, 2014).

O saber ou o ato de conhecer implica uma consciência particular e única que se fundamenta e expressa o “ser e o fazer de um indivíduo”, enquanto o conhecimento é o saber que pode ser expresso e comunicado a outras pessoas de várias formas, incluindo princípios de prática, obras de arte, histórias e teorias. Conhecimento disciplinar é o conhecimento que foi julgado pertinente ao foco de uma disciplina pelos seus membros. Muito do que os enfermeiros sabem tem o potencial de ser mais plenamente expresso e comunicado do que no passado. Este facto é facilitado quando todos os padrões de conhecimento são valorizados e manifestados na ação. Descrições e teorias formais usadas para transmitir conhecimento empírico refletirão apenas parcialmente o todo. No entanto, quando são ultrapassados os limites tradicionais do saber empírico e se considera representar o conhecimento dentro dos padrões estético, ético, pessoal e emancipatório é possível transmitir uma visão mais completa do conhecimento da disciplina de enfermagem como um todo coeso e interligado. A partir desta visão do conhecimento partilhá-lo é importante porque cria uma comunidade disciplinar que vai para além do isolamento da experiência individual. Quando isso acontece, o propósito da intervenção social para diminuir os desequilíbrios de resposta do sistema de saúde faz sentido (Chinn & Kramer, 2017).

A finalidade de uma disciplina do conhecimento é muito mais abrangente e profunda do que é relevante para a prática clínica diária nos contextos de trabalho. A disciplina engloba um corpo de conhecimentos que constituem as suas fundações relevantes para todas as áreas de interesse da prática profissional, ligando o seu passado com o presente e estabelecendo a ponte com o futuro (Amendoeira, 2006) estabelecendo fronteiras e balizas para essa mesma prática, dando relevância ao seu papel, e mandato, social.

A partir desta visão do conhecimento e suas dinâmicas na enfermagem, esta envolve processos, dinâmicas e interações que são mais eficazes quando os cinco padrões de conhecimento empírico, ética, estética, conhecimento pessoal e conhecimento emancipatório se reúnem. A práxis é possível quando todos os padrões de conhecimento são integrados de maneira a apoiar a justiça social. O termo práxis aqui é entendido como o envolvimento do profissional na ação prática de uma forma que vá para além desta, do seu ato puro e simples, mas que se envolva em processo que reduzem os desequilíbrios sociais existentes ou potenciais no contexto do setor da saúde (Chinn & Kramer, 2017) .

2.2 - A DINÂMICA DO CONHECIMENTO EM ENFERMAGEM: CRIAÇÃO E PARTILHA

A enfermagem cria conhecimento através da investigação; muda comportamentos através da educação; presta serviços através da prática e consultoria; assegura a liderança através da responsabilidade social; constrói o sentido de comunidade através da relação com o outro; e transforma a vida do outro através do cuidar (Pesut, 2004 como citado em Linderman, Pesut, & Disch, 2015). Nesta linha de pensamento, a consciência de que o conhecimento providencia orientação e sentido na aprendizagem, no desempenho e na ação, implica uma abordagem integrada e simultânea dos processos de educação e aprendizagem, do exercício prático e investigação, respaldados num quadro de referência teórico-prático (Linderman et al., 2015).

A criação de um corpo epistemológico próprio na enfermagem tem sido realizada através da investigação científica contribuindo assim para a melhoria do exercício e dos resultados em saúde (Amendoeira, 2006; Estabrooks, Winther, & Derksen, 2004). A **produção de investigação** que permite à enfermagem afirmar-se como disciplina, e profissão, assume uma dimensão que permite ao profissional investigador, a partir da análise dos contextos de trabalho, formular questões clínicas relevantes na definição do conhecimento científico fundamental ao exercício. A investigação nesta linha de pensamento é útil ao exercício ao promover a prática baseada na evidência, e uma filosofia que organiza o cuidado de enfermagem em torno da pessoa, família e comunidade (Amendoeira, Reis & Dias, 2020).

Esta produção de conhecimento tem constituído uma ferramenta essencial para o suporte do exercício clínico, no entanto, por forma a evitar a desarticulação entre a teoria produzida e a prática é necessário que nos contextos de trabalho sejam criadas as condições para que este contributos da investigação e reflexão sejam refletidos e adaptados á realidade de cada organização, ou seja cada instituição tenha mecanismos de adequar o conhecimento às suas necessidades e objetivos criando um corpo de conhecimento teórico-prático de referência para a ação e transmiti-lo aos colaboradores.

A **socialização organizacional**, também referida por alguns autores como **integração**, é um processo que ajuda os novos funcionários a desenvolver o conhecimento, as habilidades e comportamentos necessários ao sucesso nas suas novas organizações. Este processo de aprendizagem no sentido de tornar um novo elemento como o membro efetivo da organização é diferente do processo inerente ao conceito de socialização ocupacional, que se concentra nos aspetos normativos das profissões (Bauer & Erdogan, 2010), sendo, portanto, mais redutor em contraponto com os processos de integração que são mais abrangentes ao visar a aprendizagem de um papel social.

A **Integração profissional** é um processo com o objetivo de facilitar a consciência e assimilação dos valores, objetivos e normas institucionais e paralelamente assegurar a adaptação

ajustada do profissional e consequente exercício adequado às exigências das instituições (Carvalho, 2016). É nas palavras Hardy & Conway (como citado em Jones, 2007) a socialização que acontece durante os programas de acolhimento institucionais desenvolvidos para moldar atitudes, valores, autoidentidade, Conhecimento, aptidões, e comportamentos associados ao papel esperado pela organização.

O exercício da Enfermagem nos mais variados contextos envolve a necessidade dos enfermeiros terem um suporte contínuo na sua prática clínica durante os processos de integração, pelo que a Supervisão clínica é tida como um requisito essencial na promoção e a melhoria do exercício profissional, no sentido da autonomia crescente do supervisionado na tomada de decisão (Carvalho, 2016).

A **supervisão clínica** é processo formal de apoio e formação profissional que permite aos profissionais o desenvolvimento de conhecimentos e competências nas diferentes áreas do saber, do saber fazer e do saber ser; assumir a responsabilidade pelo seu exercício profissional, assim como pela proteção dos direitos dos utentes, garantindo a segurança dos cuidados em situações clínicas complexas (Carvalho, 2016; Fowler, 1996). A supervisão clínica é assumida pelos intervenientes como uma oportunidade de desenvolvimento de competências, saber prático, autoconfiança a partir de um ambiente reflexivo de aprendizagem promotor da autonomia (Carvalho, 2016).

A **qualificação profissional** dos enfermeiros, nomeadamente a sua atualização científica, é importante no adequado exercício do seu conteúdo funcional, pelo que constitui uma responsabilidade pessoal a avaliação das suas necessidades formativas assim como revisão regular das práticas, assumindo a responsabilidade pela aprendizagem ao longo da vida (Aleixo & Almeida, 2014). A formação ao longo da vida constitui desta forma “uma exigência face à transformação dos contextos práticos e das novas necessidades de saúde dos indivíduos. A educação contínua assume, assim, um papel central no desenvolvimento profissional” (Aleixo & Almeida, 2014, p. 94) e, na nossa perspetiva, um desafio para os profissionais e instituições se reinventarem concebendo formas inovadoras de formação em serviço.

A importância da atualização e formação na enfermagem é reconhecida como uma exigência deontológica (Ordem dos Enfermeiros, 2015) relativamente à excelência do exercício determinar que enfermeiro deve continuamente atualizar-se “sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas”. Este reconhecimento está baseado no entendimento da “formação como um processo contínuo de apropriação pessoal do saber em contextos interativos” (Alarcão & Rua, 2005, p. 373), constituindo a formação em serviço potenciadora da aprendizagem ao longo da vida (Ferreira, 2015).

Formação é definida por Gomes et al. (2008) como um “conjunto de experiências de aprendizagem planeadas por uma organização, com o objetivo de introduzir uma mudança nas capacidades, conhecimentos, atitudes e comportamentos dos empregados no trabalho” (como citado em Ferreira, 2015, p. 44). A formação em serviço surge com o objetivo de diminuir a distância entre o contexto da prática e a dinâmica dos processos formativos formais desenvolvida pelos departamentos de formação, onde os profissionais assumiam um papel passivo de receção de conteúdos, constituindo-se, assim, como um agente facilitador da transferência de competências para o contexto clínico (Menoita, 2006). A Formação em serviço alicerça-se, nesta lógica, num paradigma que pretende criar dinâmicas formativas no contexto do exercício, onde o profissional é um interveniente ativo no processo de formação, tendo em consideração as suas experiências diárias, numa perspetiva de desenvolvimento, evolução pessoal e profissional, assim como de transformação do próprio contexto (Aleixo & Almeida, 2014).

A formação em serviço de acordo com o paradigma acima constitui um terreno privilegiado de partilha de conhecimentos e “passa, assim, a ser entendida não como um custo, mas sim como um investimento associado à estratégia de desenvolvimento das próprias organizações” (Aleixo & Almeida, 2014, p. 84). Esta partilha através da formação em serviço, na nossa opinião, necessita de um processo de planeamento ajustado às necessidades das organizações e colaboradores. As necessidades de formação refletem a diferença entre as competências atuais existentes na organização e aquelas que serão necessárias desenvolver no futuro para dar resposta a novos problemas, ou criar formas mais eficientes para problemas conhecidos. O processo de planeamento das ações para reduzir essa diferença pode assumir a forma de um plano de formação, definido como “um conjunto coerente e ordenado de ações alicerçadas sobre objetivos pertinentes” (Guy Le Boterf, 1991, p. 9). Este que deverá ter em conta o conhecimento e competências já sedimentadas na organização, o que se pretende manter e aquilo que se pretende desenvolver (Guy Le Boterf, 1991).

As dinâmicas e processos de gestão do Conhecimento organizacional e o sistema de comunicação do conhecimento científico exigem uma orientação para a partilha do conhecimento. Existe uma semelhança entre as atividades de gestão do conhecimento e os processos intrínsecos ao sistema de comunicação científica, sendo consideradas nesta linha de raciocínio as práticas interdependentes de partilha de conhecimento um dos pontos convergentes entre elas (Leite & Costa, 2006). Uma forma privilegiada de divulgação do conhecimento criado através da investigação tem sido a publicação de artigos científicos. A publicação de artigos científicos cria a oportunidade de partilha de conhecimentos, habilidades e experiências com os pares, contribuindo para a reflexão e mudança da prática clínica (Happell, 2008).

Os enfermeiros só mais recentemente acolheram a necessidade da escrita de artigos científicos como parte do seu papel de partilha do seu conhecimento clínico prático para audiências mais vastas, e dessa forma contribuir para a construção de uma prática baseada na evidência. A formação inicial dos enfermeiros ao nível do ensino superior contribuiu para o desenvolvimento de competências de investigação científica e de formas de disseminação do conhecimento implicando uma maior disponibilidade, e conhecimento, para a publicação de artigos científicos (Wood, 2018).

Estamos conscientes de que “enfermagem relaciona competência, exercício profissional e contexto” (Serrano et al., 2013, p. 15) e que constitui a profissão na área da saúde que tem “como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível” (REPE, 1998), não pode deixar de privilegiar como instrumento de gestão a formação continua dos seus profissionais, também no sentido da melhoria do desempenho organizacional (Ferreira, 2015), assim como a divulgação do conhecimento que produz.

A gestão do conhecimento é facilitada por uma cultura organizacional que aprecie a aprendizagem e sublinhe o papel do líder de enfermagem (Blanchet Garneau & Pepin, 2015). Nos últimos anos, a criação e a gestão do conhecimento em enfermagem foi estudada do ponto de vista da implementação da prática baseada em evidências (Lunden, Teräs, Kvist, & Häggman-Laitila, 2017). Sandstrom et al. (2011, como citado em Lunden et al., 2017) argumentam que a liderança e a cultura organizacional tem um significado fundamental no processo de implementação da prática baseada na evidência. Isto é são fatores relevantes na disseminação do conhecimento científico atualizado relevante para a mudança da prática.

Liderar em enfermagem caracteriza-se em termos conceptuais como um processo de imaginar e prever cenários de exercício inovadores, comunicar essa visão aos outros, motivando-os no sentido de unirem os seus esforços para concretização dessa visão, desafiando o status quo,

assumindo os riscos da mudança e das formas de pensar diferentes das habituais até aí (Jones, 2007) . Liderar é saber coordenar, organizando o trabalho da equipe, visando uma prestação de cuidados efetiva, pois o líder é o suporte da equipe, quer na formação, quer na coordenação do serviço, quer no apoio emocional, estimulando a equipe a desenvolver seu potencial, contribuindo assim para a qualidade dos cuidados de saúde” (Gelbcke, Souza, Dal Sasso, Nascimento, & Bulb, 2009).

3 – METODOLOGIA

A metodologia de investigação além de constituir método de aplicação de conhecimentos e técnicas constitui também um processo de planeamento e criatividade controlada (Hill & Hill, 2016). Este capítulo inclui os procedimentos metodológicos do estudo, Projeto de pesquisa, Configuração do estudo, população e amostra, critérios de inclusão, instrumento de colheita de dados, modelo de análise de dados e considerações ético-legais.

3.1 – OBJETO DE ESTUDO

O objeto de estudo desta investigação trata-se da **Gestão do conhecimento em equipas de enfermagem em contexto hospitalar** consistindo na **forma como as práticas de gestão do conhecimento ao nível da equipa em ambiente hospitalar**. O fio condutor para a realização deste estudo consiste na compreensão acerca de como equipas de enfermagem em contexto hospitalar desenvolvem os diversos processos de gestão do conhecimento de acordo com o modelo de Cardoso (2008)

A necessidade deste estudo prende-se pela existência de uma crescente valorização dos processos de reflexão institucional, no setor da saúde, legitimadores das práticas dos grupos profissionais detentores de um corpo de conhecimentos especializado que vai para além da soma do conhecimento individual do profissional em interação com o contexto de trabalho. A partir desta reflexão, tem vindo a adquirir uma importância fundamental conhecer a forma como os profissionais organizam o conhecimento a partir das suas fontes e o utilizam na sua prática diária (Amendoeira, 2006), ou seja qual a dinâmica de gestão desse conhecimento.

A necessidade deste estudo surge-nos reforçada a partir da constatação da existência de alguns estudos na literatura sobre GC em contexto empresarial e industrial poucos são os que exploram o contexto dos cuidados de saúde, apesar existir ampla evidência que mostra que os processos de saúde também necessitam de uma atenção especial (Nilakanta et al., 2009); a necessidade desta temática surge também pelo facto de ao nível internacional o setor da saúde estar a enfrentar um problema urgente com a retenção de colaboradores detentores de conhecimentos chave para o desenvolvimento das instituições, demonstrado pelo facto de 75% das novas contratações serem contratações de substituição (API Healthcare, 2013 como citado em Montgomery & Oladapo, 2014).

3.2 – OBJETIVOS DO ESTUDO

Os objetivos constituem a razão da investigação e revelam aquilo que é proposto realizar para responder às questões de investigação, por definição são um enunciado declarativo que indicam um caminho de investigação (Reis, 2018).

Objetivos Gerais do estudo:

1. **Compreender** as práticas de gestão do conhecimento da equipa de enfermeiros no Hospital de Santarém, EPE;

Objetivos específicos

- Interpretar a forma como os enfermeiros realizam a criação e aquisição de conhecimento na equipa de enfermeiros no Hospital de Santarém, EPE;
- Relacionar os processos de atribuição de sentido ao conhecimento por parte da equipa de enfermeiros no Hospital de Santarém, EPE e o papel dos catalisadores do conhecimento lide, equipa e organização;
- Identificar a forma de partilha e difusão do conhecimento da equipa de enfermeiros no Hospital de Santarém, EPE;
- Caracterizar os processos de armazenamento e memorização do conhecimento para a equipa de enfermeiros no Hospital de Santarém, EPE;
- Determinar os processos de recuperação do conhecimento da equipa de enfermeiros no Hospital de Santarém, EPE;
- Distinguir o papel dos catalisadores do conhecimento da equipa de enfermeiros no Hospital de Santarém, EPE.

3.3 – TIPO DE ESTUDO

Em termos conceptuais o estudo foca-se na “análise de factos e fenómenos observáveis e na medição/avaliação em variáveis comportamentais e/ou sociodemográficas passíveis de serem medidas comparadas e/ou relacionadas no decurso do processo de investigação empírica” (Hill & Hill, p. 26), daí a nossa opção pela **abordagem quantitativa, com recurso ao inquérito por questionário**. Esta opção surge-nos como a mais adequada à compreensão do fenómeno que pretendemos estudar uma vez que a perspetiva quantitativa permite uma relação entre a teoria e a prática, em que a teoria assume o papel de guiar a práxis do investigador na busca do aumento do conhecimento sobre o tema em estudo (Pacheco, 1993, citado por Hill, Manuela Magalhães; Hill, 2016). A pesquisa quantitativa ao envolver a colheita de dados para que as informações possam ser quantificadas e submetidas a tratamento estatístico, com o objetivo de apoiar ou refutar alegações de conhecimento original, alternativo (Creswell, 2014) cria significado através da objetividade encontrada nos dados recolhidos (Williams, 2007).

Não se pretende com este estudo a manipulação de variáveis, pretendendo-se sim a descrição dos fenómeno em análise (Bisquerra, 1989 citado Hill, Manuela Magalhães; Hill, 2016) é utilizada uma metodologia de pesquisa que estuda a situação, como existe no seu estado atual (Williams, 2007) pelo que se trata de um **estudo descritivo**. A pesquisa descritiva envolve a identificação dos atributos de um determinado fenómeno baseado numa base observacional ou na exploração da correlação entre dois ou mais fenómenos (Williams, 2007).

Trata-se de um **estudo transversal**, uma vez que os sujeitos são estudados num momento preciso (Hill, Manuela Magalhães; Hill, 2016).

3.4 – QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

A questão da pesquisa fornece um ponto de orientação para uma investigação ao vincular a revisão da literatura aos tipos de dados que serão recolhidos no campo, contribuindo também para uma colheita e

análise disciplinada dos dados. As decisões sobre os métodos e abordagem de pesquisa são subordinadas às questões de pesquisa que os orientam (Bryman, 2007). De acordo com esta conceção temos como questão guia da investigação:

Como é realizada a gestão do conhecimento nas equipas de enfermeiros no hospital de Santarém, EPE?

3.6 – VARIÁVEIS DO ESTUDO

Variável dependente: Gestão do conhecimento

As dimensões e subdimensões da variável dependente encontram-se identificadas no quadro 4 descritas e no ANEXO I quanto à sua operacionalização e nível de medida

Quadro 4: Dimensões e subdimensões da variável dependente.

Dimensões de análise da variável dependente	Subdimensões de análise da variável dependente
Criação e aquisição do conhecimento	Criação e aquisição externa
	Criação e aquisição interna
Atribuição de sentido ao conhecimento	Atribuição de sentido
Partilha e difusão do conhecimento	Partilha e difusão intencional
	Partilha e difusão não intencional
Memória da equipa	Memória interna e intencional
	Memória interna e tácita
	Memória externa
Recuperação e utilização do conhecimento	Recuperação controlada
	Recuperação automática
	Utilização do conhecimento
Catalisadores de gestão do conhecimento	Líder
	Membros da equipa
	Organização

Variáveis independentes encontram-se identificadas no quadro 5 descritas e no ANEXO II quanto à sua operacionalização e nível de medida.

Quadro 5: Variáveis independentes.

Variável
Idade
Sexo
Graus académicos e diplomas não conferentes de grau académico
Departamento / Serviço
Carreira de enfermagem - categoria
Antiguidade no hospital
Antiguidade na equipa
Plano de formação no serviço
Participação na elaboração do plano de formação do serviço
Forma de participação
Publicação de artigos nos últimos 5 anos
Natureza da publicação
Responsabilidade principal pela integração de novos elementos
Formação na área da supervisão clínica
Natureza da formação na área da supervisão clínica
Desempenho atual de funções noutra instituição em regime de acumulação
Desempenho Passado de funções noutra instituição em regime de acumulação

3.7 – HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO

A Hipótese é uma preposição provisória que conjectura uma relação entre dois conceitos ou fenómenos, uma proposição que deve ser comprovada (Quivy, 2017). As hipóteses numa investigação procuram responder à questão em estudo propondo uma solução provável provisória, ao estabelecer propostas de relações entre as variáveis em estudo. Estas contextualizam o planeamento dos procedimentos metodológicos indispensáveis à concretização da investigação (Reis, 2018).

Hipótese 1: Existe correlação entre a criação e aquisição interna e a criação e aquisição externa do conhecimento na equipa;

Hipótese 2: Existe correlação entre a partilha e difusão intencional e não intencional do conhecimento;

Hipótese 3 Existe diferença na valorização dos processos de memorização do conhecimento (memória interna tácita, memória interna intencional, memória externa) na equipa;

Hipótese 4: Existe diferença entre a recuperação e utilização do conhecimento na equipa;

Hipótese 5: Existem diferenças na valorização do papel dos catalisadores (organização, equipa, líder) na gestão do conhecimento;

Hipótese 6: Existe correlação entre a atribuição de sentido do conhecimento e os catalisadores de conhecimento.

3.8 - POPULAÇÃO E AMOSTRA

O método de amostragem selecionado foi a amostragem por conveniência, técnica de amostragem não probabilística e não aleatória usada para criar amostras de acordo com a facilidade de acesso ao campo. A escolha dos respondentes não segue um modelo aleatório nem existe um controle estatístico de representação do universo pesquisado na amostra uma vez que o questionário é do autopreenchimento voluntário (Hill & Hill, 2016). A Escolha desta abordagem foi pela sua facilidade e rapidez de acesso ao campo, apesar de ter como desvantagem de os resultados serem unicamente aplicados á amostra não podendo ser extrapolados com confiança para a população (Hill& Hill, 2016).

Foram selecionados os departamentos de Cirurgia, Medicina, Mulher e Criança, Urgência (UCINT), Bloco Operatório / UCA e UCI para aplicar o instrumento de recolha de dados. A seleção dos serviços foi fundamentada no facto da maioria dos enfermeiros da instituição se encontrarem em serviços do foro médico-cirúrgico, constituindo este um dos critérios de inclusão no estudo.

Os **Crítérios de inclusão** são definidos como as características-chave da população-alvo que os investigadores utilizarão para responder à pergunta do estudo (Stephen B. Hulley, Grady, & Newman, 2013). Foram **incluídos** os enfermeiros com pelo de seis meses de exercício na equipa do serviço, independentemente do tempo de antiguidade no hospital uma vez que o estudo tem como objetivo compreender as dinâmicas de gestão do conhecimento ao nível da equipa. São **excluídas** da amostra todos os respondentes que não concluírem a totalidade do questionário ou que não assinalarem na folha de rosto a sua aceitação de participação no estudo.

3.9 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

O instrumento de avaliação da gestão da dinâmica do conhecimento em equipas de enfermagem consistiu num questionário, cuja construção se deu a partir da adoção um instrumento de medida **validado**, disponível na literatura (Bryman, 2012; Coutinho, 2018; Hill, Manuela Magalhães; Hill, 2016). O questionário é constituído por dois grupos de questões. O primeiro inclui os itens relativos às variáveis em estudo avaliadas pelo o **instrumento Gestão do Conhecimento em Equipas (GCE)**, **criado** por Cardoso e Peralta (2011) construído a partir do modelo conceptual da gestão do conhecimento a nível organizacional de Cardoso (Cardoso, 2008). O segundo inclui questões para caracterização da amostra e do seu contexto.

O instrumento de colheita de dados originalmente criado para o contexto organizacional, e aplicado em múltiplos estudos (e.g., Brito, Cardoso & Gomes, 2005; Cardoso & Gomes, 2011; Cardoso, Gomes & Rebelo, 2005; Cardoso & Peralta 2010; Freitas, 2008 citados por Cardoso e Peralta, 2011), foi adaptado ao contexto grupal com a criação do **instrumento Gestão do Conhecimento em Equipas (GCE)**. Este instrumento está focado no estudo da gestão do conhecimento em contexto grupal, podendo ser empregue em qualquer tipo de equipa e demorando unicamente cerca de 15 minutos no seu preenchimento. Este instrumento tem a equipa como nível de análise e considera na sua base seis secções, (criação e aquisição de conhecimento, atribuição de sentido ao conhecimento, partilha e difusão do conhecimento, memória da equipa, recuperação e utilização e catalisadores do conhecimento) que constituem as dimensões da gestão do conhecimento em estudo.

A validação do GCE está suportada nos resultados que “sugerem que as catorze escalas, distribuídas por seis secções (...) são unidimensionais e apresentam valores de consistência interna satisfatórios”(Cardoso & Peralta, 2011).

Convictos da importância da gestão do conhecimento nas organizações tendo a equipa como campo de análise, Cardoso e Peralta (2011) alicerçaram-se na conceptualização e operacionalização do modelo de gestão do conhecimento a nível organizacional de Cardoso (2003), adaptando-o ao nível grupal. Partem do pressuposto de que os processos de gestão do conhecimento ao nível organizacional têm, na sua essência paralelismo e coerência também ao nível grupal, adaptando assim um instrumento originalmente criado para o nível organizacional (Questionário de Gestão do Conhecimento - GC) para ser aplicado ao nível do grupo /equipa. Este instrumento é constituído por 6 secções subdivididas em 14 Subdimensões de análise: criação e aquisição interna; Criação e aquisição externa; atribuição e sentido; partilha e a difusão intencional; partilha e a difusão não intencional; memória interna intencional da equipa; memória interna tácita; Memória externa; recuperação controlada do conhecimento; recuperação automática; utilização do conhecimento; catalisadores: o líder e a equipa; catalisadores: a organização (ver figura 2- Processos de gestão de conhecimento na equipa, pág. 34).

A GCE, é estruturada em 88 itens, afirmações ilustrativas das suas várias dimensões e subdimensões, que são respondidos em escala tipo *Likert*, variando de 1 (“não se aplica ou quase não se aplica”) a 5 (“aplica-se totalmente ou quase totalmente”) onde é solicitado aos inquiridos que, tendo como referência realidade da sua equipa e instituição, assinalem a resposta que mais se aproxima do que pensam sobre cada uma das afirmações. O segundo grupo de questões do questionário refere-se à caracterização sociodemográfica e profissional dos inquiridos. Neste estudo sentimos a necessidade de acrescentar neste segundo grupo questões com o intuito de colher dados específicos do contexto como sejam os graus académico, carreira de enfermagem,

dados da formação de serviço, integração de novos elementos, formação em supervisão clínica, publicação de artigos e desempenho de funções noutras instituições.

O GCE já foi aplicado em vários contextos (Luísa Sousa Pinto & Paulo Renato, 2014; Oliveira, 2019), sendo a primeira vez que é aplicada, tanto quanto nos foi possível apurar, ao contexto dos cuidados de saúde.

Convictos de que “este instrumento, focado no estudo da gestão do conhecimento no contexto grupal, pode ser utilizado em qualquer tipo de equipa”(Cardoso, L; Peralta, 2011, p. 91), fundamentados no nosso conhecimento do terreno sentimos necessidade de adaptar, fundamentalmente alguns dos exemplos usados na escala original para enquadrar as afirmações ilustrativas das várias dimensões das escalas, por forma a mobilizar a realidade do contexto do setor da saúde familiar aos respondentes. Foram substituídas as palavras que remetessem para o contexto hospitalar sem alterar o sentido e os conceitos inerentes ao instrumento original, evitando assim o “problema da polissemia”(Hill, Manuela Magalhães; Hill, 2016, p. 79).

Em todo o questionário foi substituída em quinze locais a palavra empresa por hospital.

Foram substituídos alguns termos e exemplos do mundo empresarial da forma descrita no quadro seguinte (Confrontar com escala original do autor no ANEXO III). Os termos foram substituídos por termos de conceito semelhante na realidade dos contextos dos cuidados saúde (Ver ANEXO IV).

Quadro 6: Adaptações de linguagem e exemplos ao contexto dos cuidados de saúde.

Tabela da escala	Local/ Linha	Escala de Cardoso onde surge...	Escala aplicada no terreno surge...
5ª Memória da equipa (Memória interna e intencional)	1	Temos documentos que explicam o processo de desenvolvimento dos nossos produtos/serviços	Temos documentos que explicam o processo de desenvolvimento da nossa <i>prestação de cuidados</i>
5ª Memória da equipa (Memória interna e intencional)	4	Conhecemos os documentos legais relativos ao conhecimento da nossa empresa (e.g., declaração de confidencialidade, registo de patentes)	Conhecemos os documentos legais relativos ao conhecimento do nosso hospital (e.g. <i>Regulamentos, protocolos, Normas e Circulares Normativas</i>)
Memória da equipa (Memória interna e intencional)	14	O que sabemos está guardado em documentos físicos e/ou virtuais (e.g., bases de dados/catálogos internos/intranet)	O que sabemos está guardado em documentos físicos e/ou virtuais (e.g., bases de dados/ <i>protocolos/intranet/guidelines</i>)
7ª Recuperação do conhecimento	7	O nosso conhecimento vê-se nos nossos produtos/serviços	O nosso conhecimento vê-se na nossa <i>prestação de cuidados</i>

Para validação semântica destas alterações, o instrumento foi sujeito à análise de quatro peritos no terreno conhecedores da temática, da profissão e da realidade do contexto que consideraram que as adaptações são adequadas sem alterar a filosofia original do instrumento permitindo a adaptação ao contexto.

A versão final do questionário (ANEXO IV) foi distribuída a todos os enfermeiros que correspondiam aos critérios de inclusão do estudo e assegurados os procedimentos éticos necessários, descritos no subcapítulo seguinte. A colheita de dados decorreu, nos diferentes departamentos, entre a segunda semana de janeiro e a terceira semana de fevereiro de 2020.

3.10 -TRABALHO DE CAMPO E PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Foram mobilizados os enfermeiros gestores ou enfermeiros em função de gestão para constituírem os elos com a equipa pelo conhecimento privilegiado que desta detinham. Foi discutido com estes qual seria a melhor abordagem no sentido de garantir a maior participação no estudo. A abordagem decidida para a maioria das equipas foi o realizar uma distribuição personalizada do inquérito, pelo enfermeiro gestor do serviço, existindo um envelope onde seria colocado após o preenchimento garantindo-se o anonimato.

Nas equipas onde existia um grupo de distribuição de correio eletrónico no servidor institucional, e que o utilizavam como meio de comunicação no seio da equipa, foi enviado uma mensagem personalizada a explicar sumariamente o estudo e a solicitar a colaboração (ANEXO V). Esta mensagem era reforçada pelos Enfermeiros gestores nas passagens de turno. Uma vez por semana o investigador deslocava-se no sentido de esclarecer algumas dúvidas e proceder junto do enfermeiro gestor à recolha dos questionários já preenchidos.

No desenvolvimento deste estudo foram tidos em consideração os princípios éticos, inerentes à realização de qualquer investigação. Foi solicitado inicialmente a autorização de utilização do instrumento de recolha de dados ao autor (ANEXO VI). A recolha de dados realizou-se após aprovação formal do Conselho de Administração (CA), na pessoa do Diretor de Enfermagem (ANEXO VII) e parecer favorável da comissão de Ética do Hospital Distrital de Santarém, EPE (ANEXO VIII), assim como autorização pelo CA para poder utilizar o nome do Hospital Distrital de Santarém, EPE, Departamentos e serviços onde foi realizada a colheita de dados (ANEXO IX).

Cada participante teve, na primeira folha do instrumento de recolha de dados, acesso a um consentimento informado, onde estavam explicitados a finalidade do estudo, solicitação de autorização de participação no estudo e divulgação dos seus resultados assim como a garantia de anonimato das respostas (ANEXO III).

4 –TRATAMENTO ESTATÍSTICO ANÁLISE DE RESULTADOS

Reunidos os questionários, foi realizada a sua codificação e tratamento estatístico recorrendo às aplicações informáticas: **Microsoft Excel para Office 365 versão 16, IBM® SPSS® Statistics 26 e o software R (versão R 3.5.2) com recurso ao R Commander plug-in para o pacote EZR.**

Com recurso à estatística descritiva pretende-se no presente capítulo, apresentar os resultados inerentes à recolha de informação através do “instrumento Gestão do Conhecimento em Equipas (GCE)” (Cardoso e Peralta, 2011). Para uma mais rápida compreensão dos resultados, sempre que possível, será priorizada a utilização de gráficos.³

4.1 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

No quadro 7 apresenta-se a informação nos permite uma caracterização da amostra e do seu contexto. Num universo de 581 enfermeiros a amostra foi de 266 enfermeiros distribuídos pelos Departamentos de Medicina, Mulher e Criança, Urgência e pelos serviços Bloco Operatório, UCA e UCI. Obtivemos uma taxa de cobertura de 48 % através da recolha de 128 inquéritos com respostas válidas. O Serviço com maior taxa de preenchimento 85% foi a UCI. Observa-se uma diferença na taxa de preenchimento entre as unidades de internamento na ordem dos 40% (departamentos de Cirurgia Medicina, Mulher e Criança) e as unidades de cuidados constituídas por um conjunto integrado de meios físicos, humanos e técnicos de resposta aos indivíduos com uma ou mais funções vitais em risco, com taxas entre os 57 e 85% (UCINT 61,9%, B.O /UCA, 57,8 % e UCI, 85,0%).

Quadro 7: Dados de contexto da aplicação dos questionários e amostra.

Departamento	Cirurgia		Medicina		Mulher e Criança		Urgência (UCINT)		BO/UCA		UCI		Total	
Dados de contexto de aplicação	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Total de enfermeiros no departamento	118	100	199	100	74	100	21	100	49	100	20	100	581	100
Distribuídos	100	84,7	60	30,2	20	27,0	21	100,0	45	91,8	20	100,0	266	45,8
Preenchidos	48	48,0	27	45,0	8	40,0	13	61,9	26	57,8	19	95,0	141	53,0
Válidos	40	83,3	24	88,9	8	100,0	13	100,0	26	100,0	17	89,5	128	90,8
Taxa de preenchimento face aos distribuídos	40,0		40,0		40,0		61,9		57,8		85,0			

³ São apresentados no ANEXO IX todos os dados sociodemográficos em forma de tabelas.

No gráfico 1 é possível caracterizar a **amostra** segundo o sexo, onde 103 dos elementos são do sexo feminino (80.5%) e 25 do sexo masculino (19,5%), números esses sobreponíveis aos verificados no total nacional, 82% feminino, 18 % (Ordem dos Enfermeiros, 2021) e também semelhante à existente no HDS, 84% feminino e 16% masculino (Hospital Distrital de Santarém EPE, 2019).

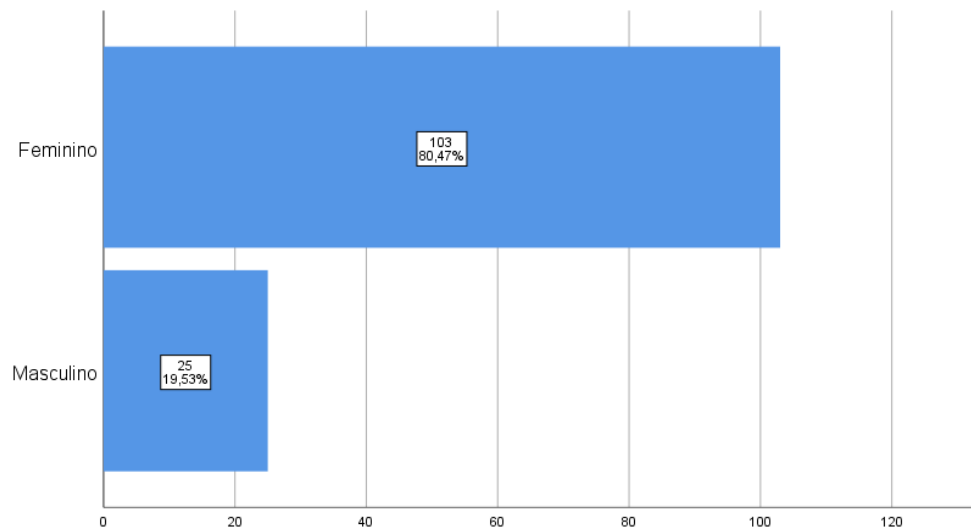


Gráfico 1: Distribuição percentual dos respondentes em função do sexo

O escalão etário mais representado corresponde ao dos 31 anos aos 35 anos (31.3%) com 40 elementos e o escalão com menor representação é o dos 61 aos 65 anos com apenas dois elementos (1,6 %). Informação detalhada poderá ser consultada no gráfico 2. Em termos nacionais estes escalões etários representam 16 % e 4,2 % do total dos enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

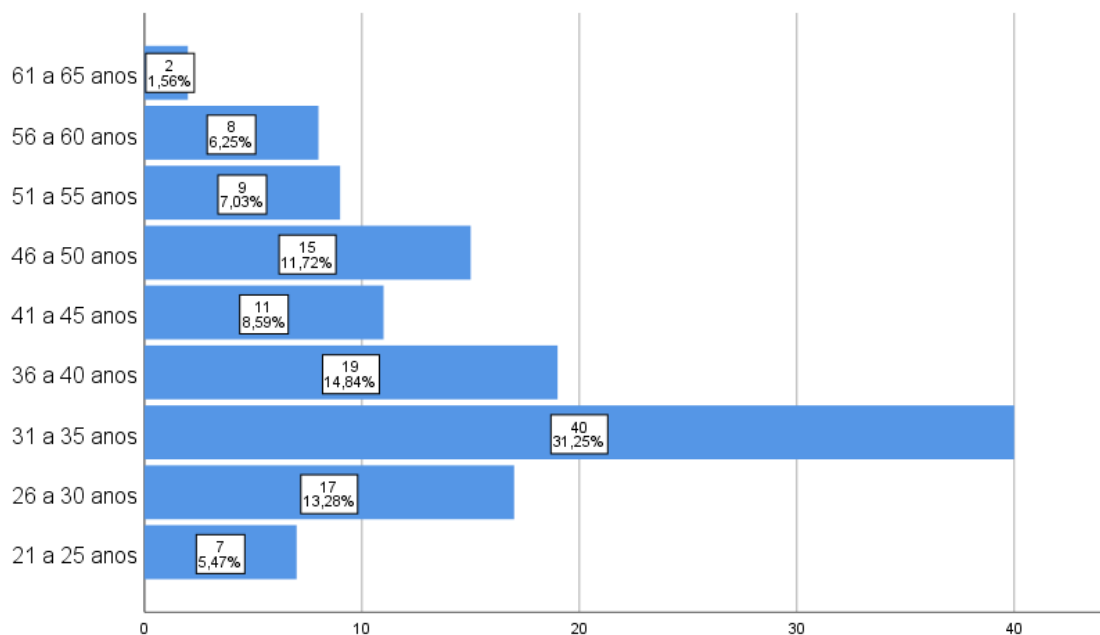


Gráfico 2: Distribuição percentual dos respondentes em função da idade.

O Departamento de cirurgia foi aquele com maior frequência (mais participantes com 40 elementos - 31,3%) seguido pelo serviço Bloco Operatório com 26 elementos (20,3 %). Estas duas unidades foram responsáveis por mais de 50% dos respondentes; em oposição o departamento com menor representação foi o da mulher e criança com oito elementos (6,3 %). Informação pormenorizada poderá ser consultada no gráfico 3.

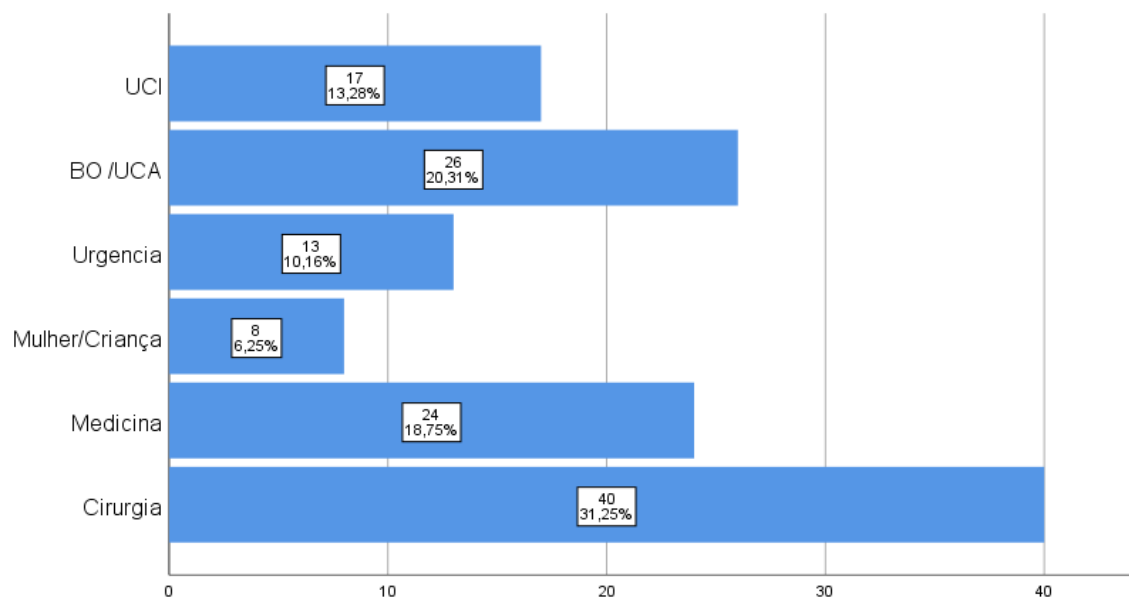


Gráfico 3: Distribuição percentual dos respondentes em função do departamento / serviço de exercício.

Relativamente à antiguidade no hospital (ver gráfico 4) assim como antiguidade na equipa (ver gráfico 5), o escalão “menos de cinco anos” é o escalão mais representado com 36 elementos (28,13 %) e 53 elementos (41,4 %) respetivamente. Os escalões menos representados em termos de antiguidade no hospital, assim como antiguidade na equipa, são o escalão “26 a 30 anos” com sete elementos (5,4 %) e o escalão “superior a 30 anos” com três elementos (2,3 %) respetivamente.

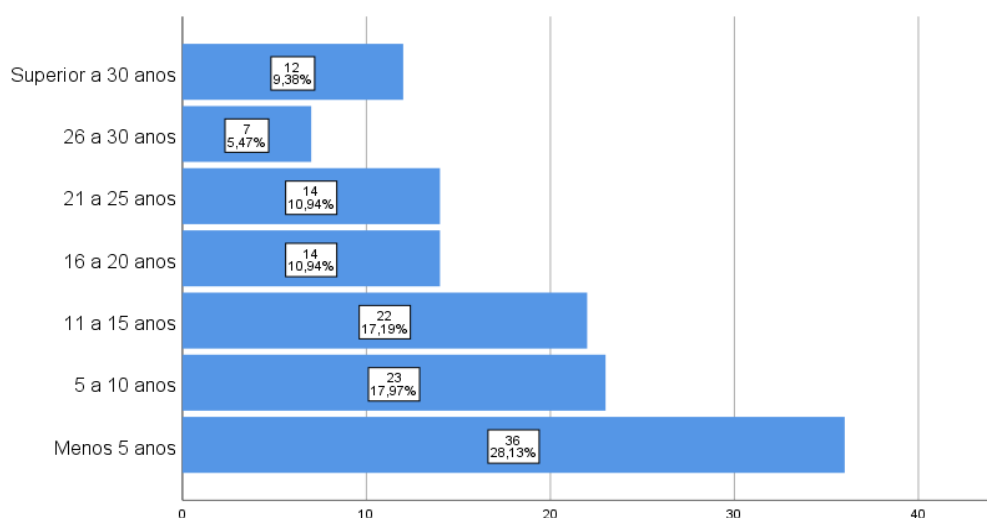


Gráfico 4: Distribuição percentual dos respondentes em função da antiguidade no hospital.

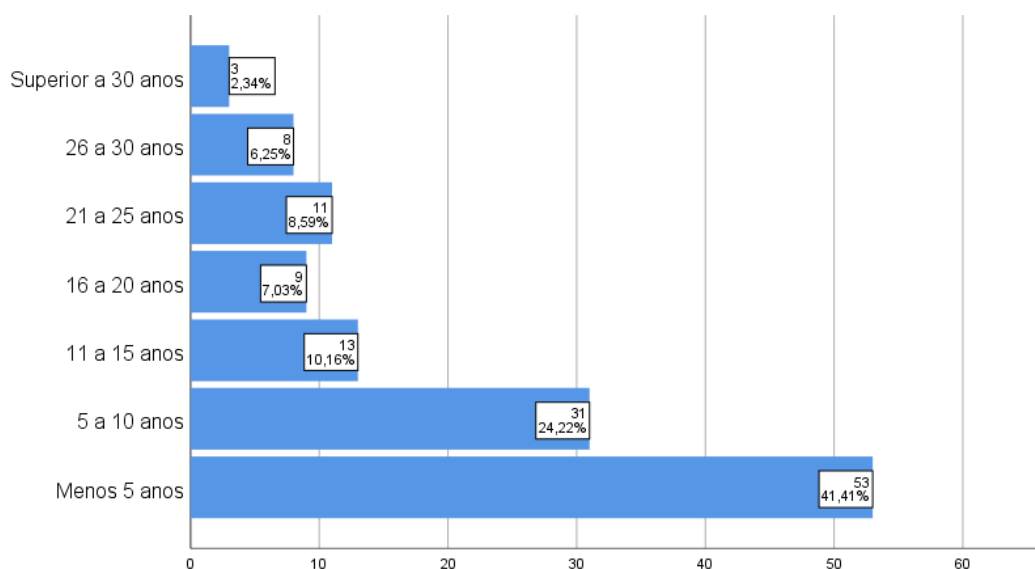


Gráfico 5: Distribuição percentual dos respondentes em função da antiguidade na equipa.

No que diz respeito à **formação académica**, conferente e não conferente de grau (ver gráfico 6) e **carreira de enfermagem** (ver gráfico 7) a distribuição dos respondentes caracteriza-se por 80 (62,5 %) elementos referirem a titularidade da licenciatura e unicamente 1 (0,8 %) o Bacharelato, perfazendo que 63,3 % dos respondentes possua unicamente a formação base em enfermagem, pelo que 36,7 % possui formação académica acrescida à formação básica. A formação

académica acrescida à formação base mais referida foi “Licenciatura e pós-graduação” com 15 elementos (11,7%). Temos a salientar que 7 elementos (5,5 %) assinalaram unicamente pós-graduação como formação acrescida à formação base, o que associado a outras formas de resposta onde surge a pós-graduação (Licenciatura, Pós-graduação, Pós-licenciatura e Mestrado, 1,6%; Pós-graduação e pós-licenciatura, 1,6 %; Pós-graduação, pós-licenciatura e mestrado, 0,8 %) esta constitui a formação acrescida mais frequente à formação base. A pós-licenciatura constitui a segunda forma de formação acrescida à formação base com 11 elementos (8,6 %), surgindo também associado a outro tipo de respostas compostas (Licenciatura, Pós-graduação, Pós-licenciatura e Mestrado, 1,6%; Pós-graduação e pós-licenciatura, 1,6 %; Pós-graduação, pós-licenciatura e mestrado, 0,8 %; Pós-licenciatura e Mestrado, 0,8%).

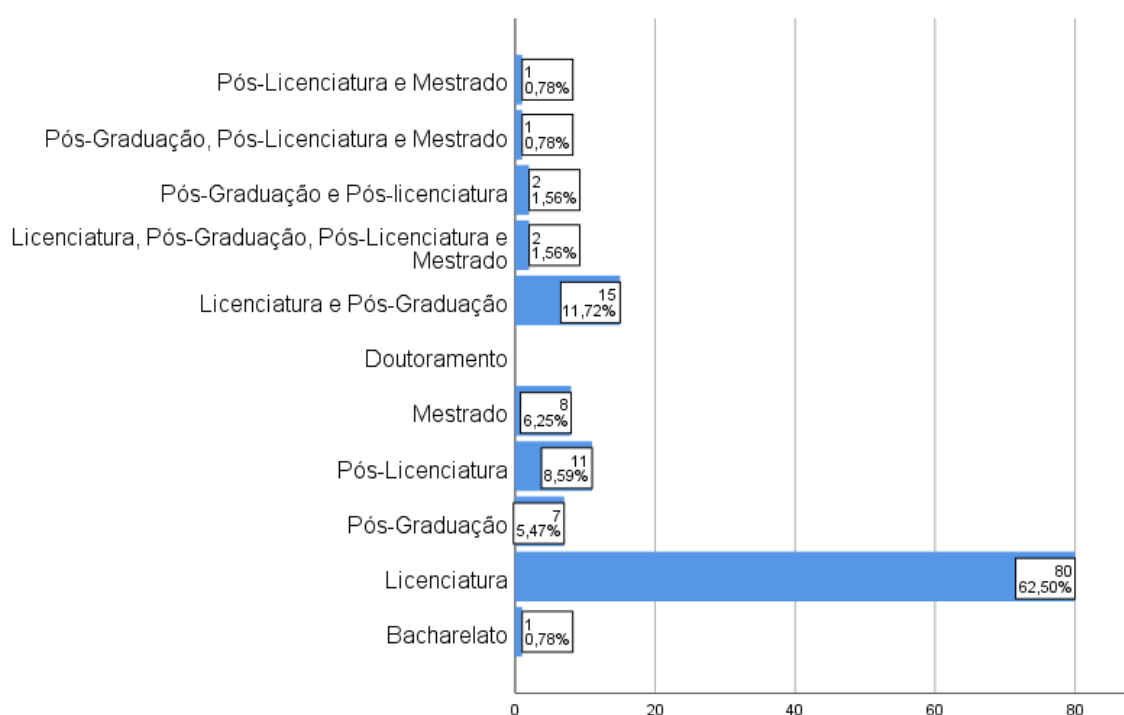


Gráfico 6: Distribuição percentual dos respondentes em função dos graus académicos e diplomas não conferentes de grau académico.

Em termos de carreira de enfermagem o título de enfermeiro é o mais frequente com 105 elementos (82 %), seguido do título de especialista com 19 elementos (14,8 %) e o enfermeiro gestor com 4 elementos (3,1 %). Informação detalhada poderá ser consultada no gráfico 6.

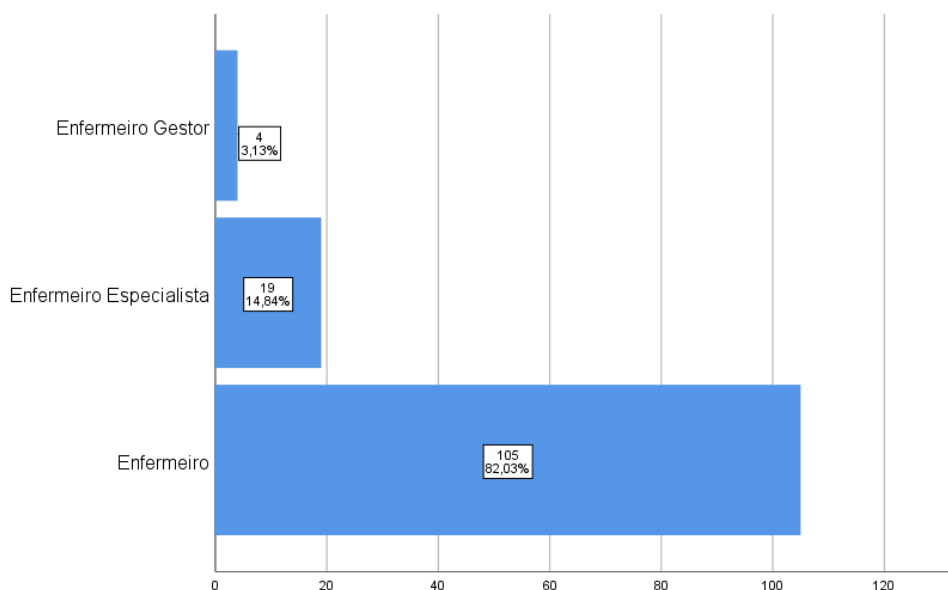


Gráfico 7: Distribuição percentual dos respondentes em função da Carreira de enfermagem

Relativamente à existência de planos de formação no serviço (gráfico 8) 101 respondentes (78,9 %) referem a sua existência e 47 respondentes (46,7 %) respondem participar de alguma forma na sua elaboração (gráfico 9).

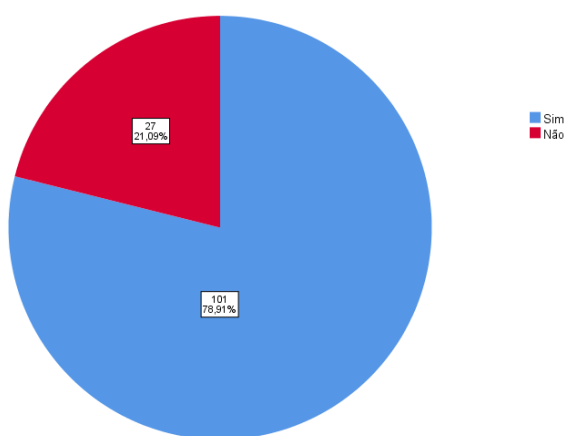


Gráfico 8: Distribuição percentual dos respondentes em função da existência de plano de formação no serviço.

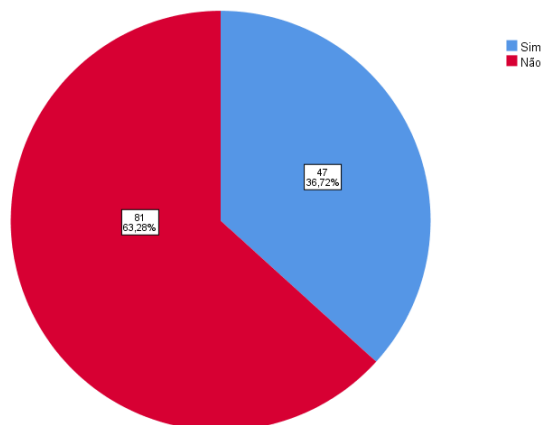


Gráfico 9 : Distribuição percentual dos respondentes em função da participação na elaboração do plano de formação.

No gráfico 10, participação no plano de formação, é patente que a sugestão de temas com 12 elementos (27,9 % de percentagem válida) e como formador 17 elementos (39,5 % de percentagem válida), representam cumulativamente 67 % a forma de participação mais frequente no processo de planeamento da formação em serviço.

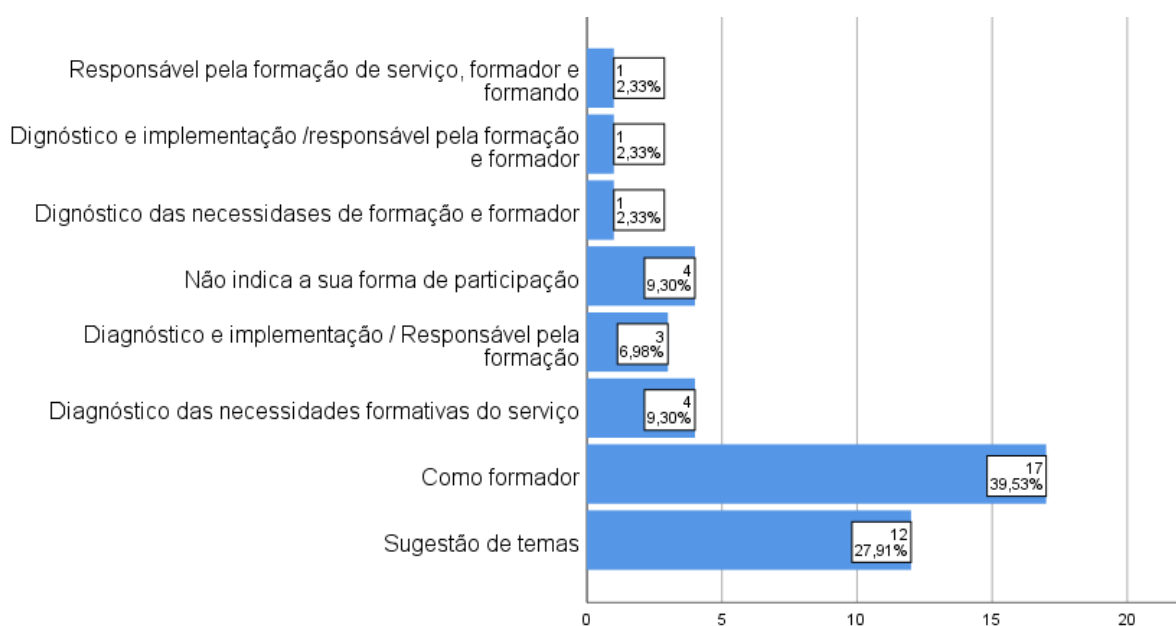


Gráfico 10: Distribuição percentual dos respondentes em função da forma de participação no plano de formação.

Relativamente à publicação de artigos, verifica-se que unicamente 16 elementos (12,50%) publicaram artigos científicos nos últimos 5 anos, verificando-se pela análise do gráfico 12 que a revista de enfermagem “Referência” foi referida com duas publicações (25%), sendo esse o maior valor registado.

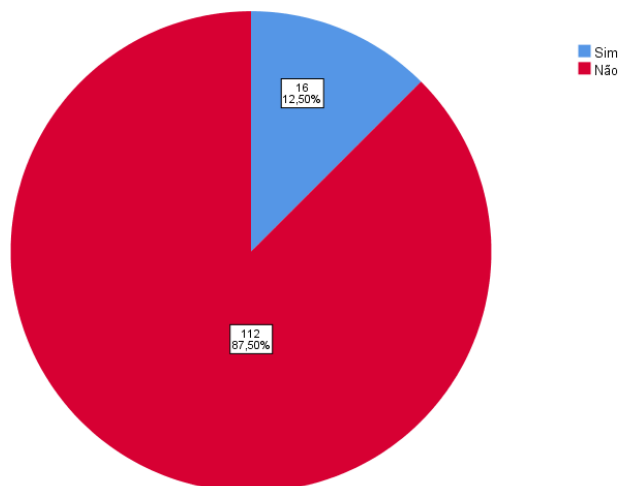


Gráfico 10: Distribuição percentual dos respondentes em função da publicação de artigos científicos nos últimos 5 anos.

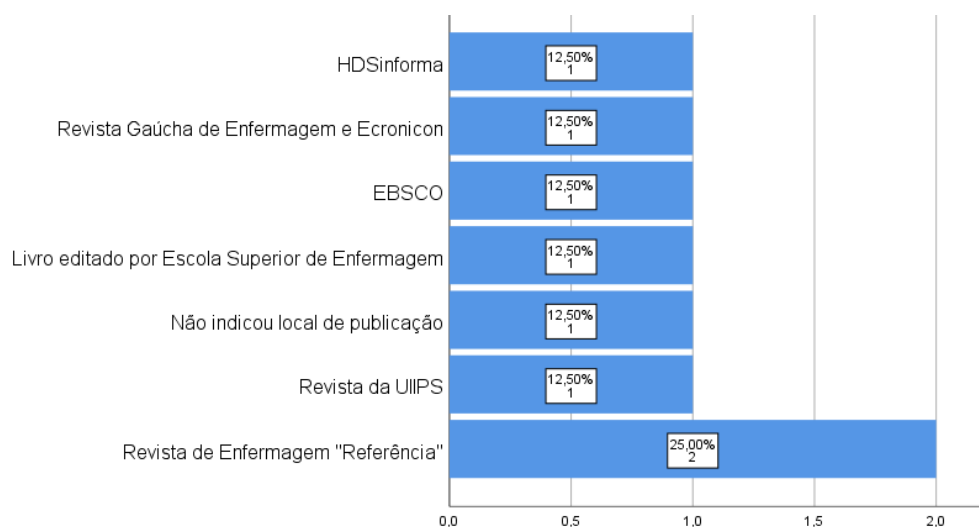


Gráfico 11: Distribuição percentual dos respondentes em função do local de publicação dos artigos científicos

A responsabilidade pela integração de novos elementos, assumindo o papel de “tutor”, ou seja, elemento de referência pela supervisão dessa integração, foi realizada por 55 dos respondentes (42,97 %).

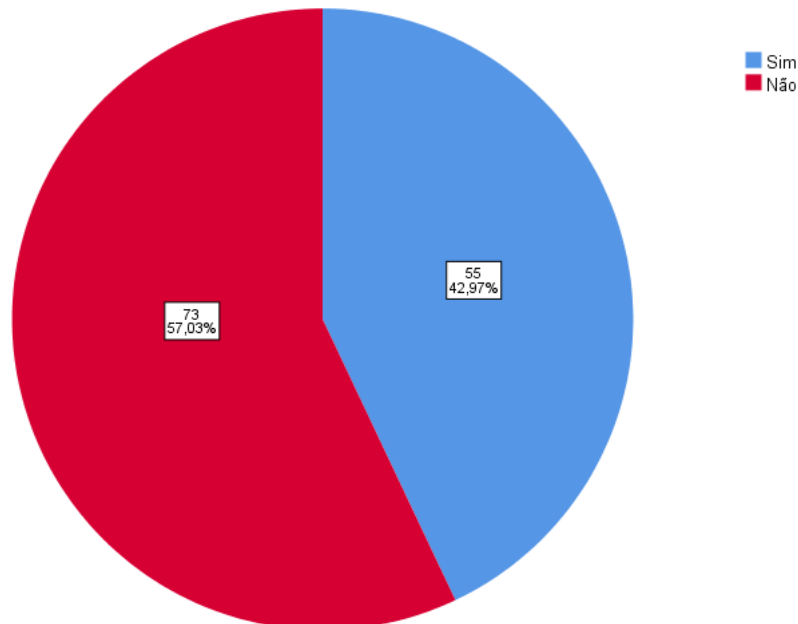


Gráfico 12: Distribuição percentual dos respondentes de acordo com responsabilidade na integração de novos elementos no serviço.

A frequência de formação em supervisão clínica (gráfico 13) é referida minoritariamente por 16 elementos (12,5 %) dos respondentes.

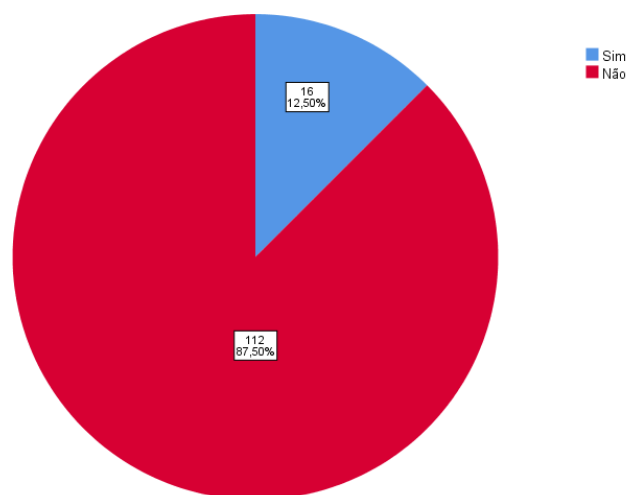


Gráfico 13: Distribuição percentual dos respondentes de acordo com a resposta à questão "Possui alguma formação na área de supervisão clínica?"

Através da análise do gráfico 14 verifica-se que dois elementos (16,7 %) obtiveram formação em supervisão clínica no âmbito de disciplinas integradas em cursos de especialização, e 3 elementos (25,7 %) no âmbito de disciplinas integradas em cursos de Mestrado, perfazendo cumulativamente 41,7 % das formas de aquisição de conhecimento. Há ainda a salientar o facto relevante de unicamente 12 elementos (9,4 %) dos respondentes referirem a posse de alguma forma de formação na área quando se verifica que cerca 43 % dos respondentes (gráfico 6) já foi responsável pela integração de elementos no serviço.

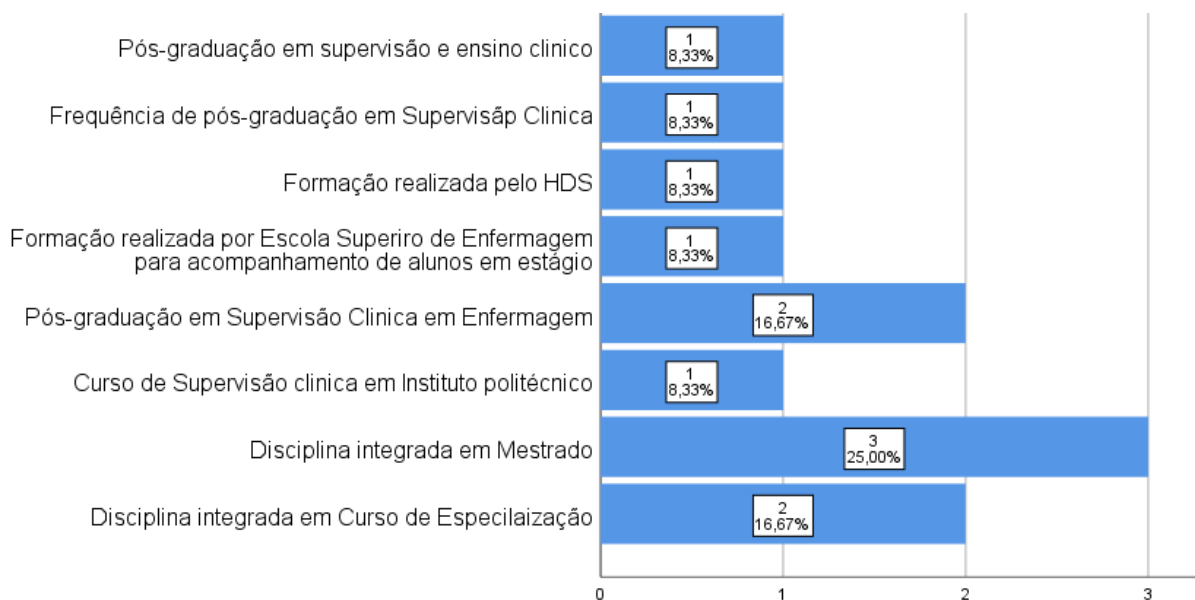


Gráfico 14: Distribuição percentual dos respondentes de acordo com o tipo de formação em supervisão clínica.

Ao nível da acumulação de funções noutra instituição verifica-se que 16 (12,5 %) dos respondentes acumula atualmente (gráfico 15) funções noutra instituição e que 61 (47%) já desempenhou funções noutra instituição no passado (gráfico 16).

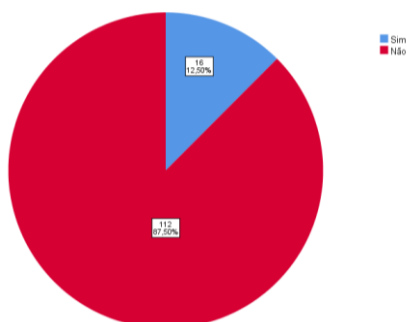


Gráfico 15: Distribuição percentual dos respondentes de acordo com acumulação atual de funções.

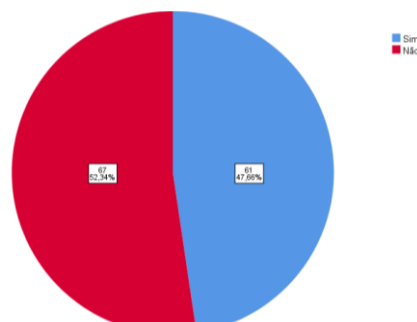


Gráfico 16: Distribuição percentual dos respondentes de acordo com a acumulação de funções no passado.

4.2- INSTRUMENTO DE GESTÃO DO CONHECIMENTO EM EQUIPAS

Apresenta-se os dados recolhidos com o **instrumento Gestão do Conhecimento em Equipas (GCE)** que permite avaliar seis dimensões (que constituem as secções da escala) subdivididas em catorze subdimensões da gestão do conhecimento considerando-se as medidas de tendência central (Moda, Mediana) e de dispersão (amplitude interquartil) que resumem a informação dos respondentes. Adicionalmente são também apresentados como medidas de localização os quartis, assim como os valores extremos (mínimos e máximos).

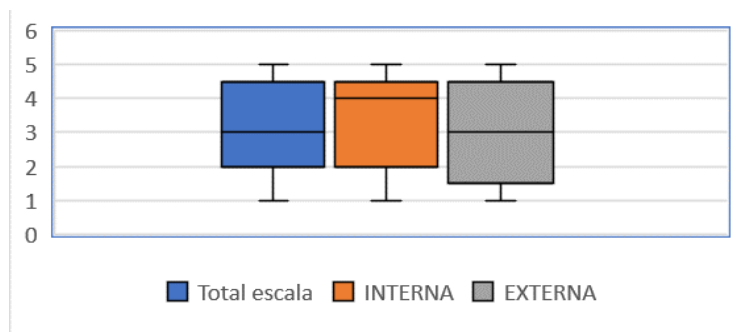
A análise é efetuada globalmente às seis secções (seis dimensões de análise) do instrumento assim como às suas 14 escalas (constituindo cada uma delas uma subdimensão de análise). Apesar de não ser nosso objetivo a realização da análise das escalas item a item, uma vez que esta não foi criada com esse objetivo, se algum score de algum dos itens for muito discrepante da tendência da escala este será objeto de reflexão se esta contribuir para a compreensão dos resultados. A análise surge organizada segundo a lógica conceptual do modelo e não pela ordem que as secções surgem no instrumento de colheita de dados.

O instrumento de colheita de dados na escala relativa à dimensão catalisadores de gestão do conhecimento é constituída por dois conjuntos de afirmações separados: i) conjunto de afirmações relativas ao líder e à equipa, ii) conjunto de afirmações relativas à organização. Em termos de análise mantivemos esta organização por fazer sentido não só na compreensão global dos resultados, mas também particularmente na compreensão dos resultados das hipóteses nomeadamente das hipóteses 5 e 6 (Hipótese 5: Existem diferenças na valorização do papel dos catalisadores (organização, equipa, líder) na gestão do conhecimento; Hipótese 6: Existe correlação entre a atribuição de sentido do conhecimento e os catalisadores de conhecimento).

A primeira parte da análise processa-se em cada uma das seis secções (dimensões de análise) da escala seguida da análise de cada uma das subdimensões (14 escalas) com recurso a dois tipos de gráficos. Inicialmente com um gráfico caixa e bigodes (boxplot) onde é retratada a mediana como medida de tendência (no ANEXO XI são apresentadas as tabelas com medidas de tendência central (mediana e moda), assim como a medida de dispersão (amplitude interquartil), seguido de um gráfico “mapa de cores” onde se representam a incidência de resposta mais elevada por item, surgindo com uma saturação de lilás. Este “mapa de cores” é complementado com gráficos de barras divergentes ordenados por categoria de resposta **positiva, portanto “mais favoráveis”** (“Aplica-se muito” e “Aplica-se quase totalmente ou totalmente”), **neutra** (“Aplica-se moderadamente”) e **negativa, ou seja menos favorável** (“Quase não se aplica ou não se aplica” e “Aplica-se pouco”) , do maior número de respostas favoráveis para as desfavoráveis. Nestes gráficos são adotadas duas estratégias de apresentação da informação: i) No mapa de cores consta a totalidade de respostas aos itens das seis dimensões da gestão do conhecimento ordenados do maior número de respostas favoráveis para o maior número de respostas desfavoráveis; ii) No gráficos de barras divergentes são apresentadas as respostas às escalas que constituem cada uma das 14 subdimensões da gestão do conhecimento por forma a compreender tendências e dinâmicas em cada dimensão e o respetivo contributo de cada subdimensão nestes resultados. Na segunda parte da análise surgem os testes de hipóteses inerentes a cada uma das dimensões e subdimensões da gestão do conhecimento do modelo de Cardoso (2008) que foram realizados de acordo com os objetivos do estudo.

4.2.1- Criação e aquisição do conhecimento

O **processo de criação e aquisição do conhecimento** como desencadeador crucial dos restantes processos organizacionais inerente ao conhecimento implica um conjunto de fontes e atividades de cunho interno (intraorganizacional) ou externo (extra organizacional). A análise global da **dimensão criação e aquisição do conhecimento** revela que a mediana obtida é de 3 (“aplica-se moderadamente”) e a moda é 4 (“aplica-se muito”, ver ANEXO XI), sugerindo uma assimetria na distribuição dos dados. A **subdimensão criação e aquisição do conhecimento** por via **interna** os valores da mediana e da moda são coincidentes, valor 4 (“aplica-se muito”). Verifica-se que 50% dos dados localizam-se acima desta opção (“aplica-se muito”). Isto revela que os respondentes têm a percepção de que as afirmações acerca da criação e aquisição interna pelo menos se *aplicam muito* ao contexto da sua equipa. Na **subdimensão externa** a mediana, coincidente com a moda é 3 (“aplica-se moderadamente”), pautando-se por uma distribuição simétrica, revelando uma a percepção de que as afirmações acerca da criação e aquisição externa se *aplicam moderadamente* ao seu contexto. Estes dados indiciam que estas equipas privilegiam maioritariamente os processos de criação e aquisição de conhecimento por via interna.



1.	2.	3.	4.	5.
Quase não se aplica ou Não se aplica	Aplica-se pouco	Aplica-se moderadamente	Aplica-se muito	Aplica-se quase totalmente ou Aplica-se totalmente

Gráfico 17: Gráfico caixa de bigodes da distribuição dos valores de criação e aquisição do conhecimento.

A partir do gráfico 18 verifica-se que as zonas de maior saturação de cor (correspondendo ao maior número de respostas) são no sentido favorável, constatando-se que os respondentes

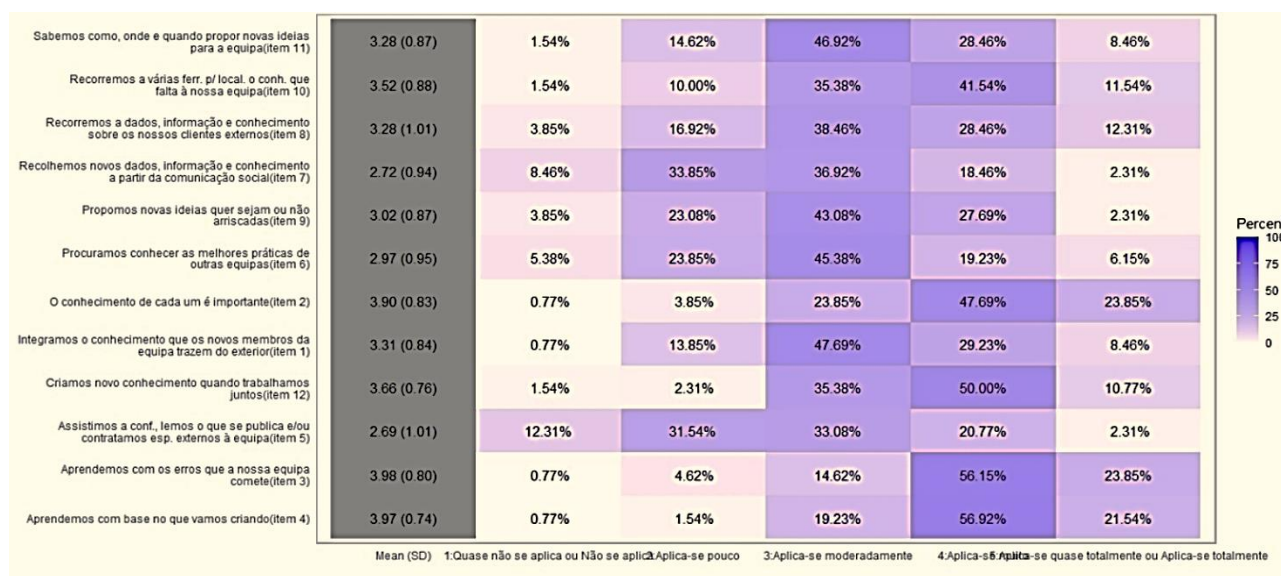


Gráfico 18: distribuição percentual das respostas por item da escala da criação e aquisição de conhecimento.

consideram que as afirmações das escalas nesta dimensão se “aplicam muito”, “quase totalmente ou totalmente à sua equipa”.

Uma análise ao gráfico 19, permite verificar o maior número de respostas nas afirmações que traduzem a **criação e aquisição do conhecimento por via interna** onde quatro itens: **3.** (“Aprendemos com os erros que a nossa equipa comete”), 80%; **4.** (“Aprendemos com base no que vamos criando/desenvolvendo”), 78%; **2.** (“O conhecimento de cada um é importante”), 72%; e **12.** (“Criamos novo conhecimento quando trabalhamos juntos”), 61%; os itens referentes a esta dimensão detêm maiores scores, uma vez que 61 a 80 % dos respondentes consideram que se “aplica muito”, “quase totalmente ou totalmente” à sua realidade.

Verifica-se também que os três itens com maiores scores no **sentido desfavorável** são: **9.** (“Propomos novas ideias quer sejam ou não arriscadas”), 27% ; **6.** (“Procuramos conhecer as melhores práticas de outras equipas”), 29%; **5.** (“Assistimos a conferências/seminários, lemos o que se publica e/ou contratamos especialistas externos à equipa”), 44%; **7.** (“Recolhemos novos dados, informação e conhecimento a partir da comunicação social (e.g., revistas de divulgação, televisão)”, 42%; correspondem à criação e aquisição do conhecimento por via externa com scores no **sentido desfavorável**. De referir ainda que no total da escala (dimensão criação e aquisição do conhecimento) o score de respostas neutras nesta dimensão nos seis itens da escala varia de 33 a 48 % o que associado ao elevado score no sentido desfavorável indicia que os respondentes consideram que tem uma “aplicação de moderada” a “quase não aplicação à sua equipa ou não se aplica”.

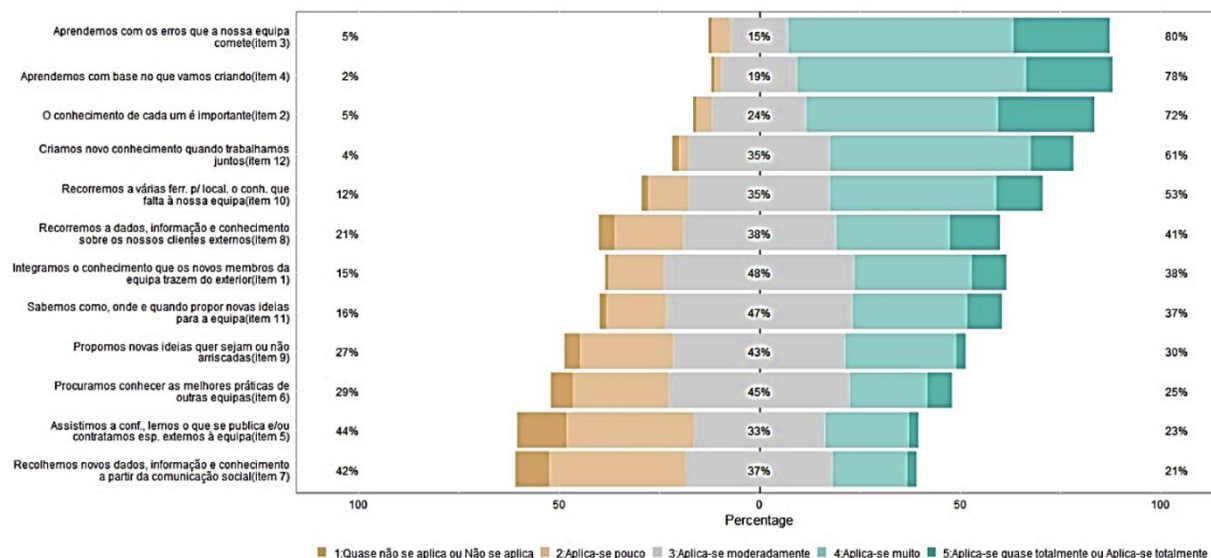


Gráfico 19: Distribuição percentual das respostas desfavoráveis, neutras e favoráveis por item da escala criação e aquisição do conhecimento.

Apresentam-se seguidamente dois gráficos de barras divergentes (Gráfico 20 e 21) onde se analisa a tendência e contributo de cada uma das subdimensões (interna e externa) na dimensão criação e aquisição do conhecimento.

A análise da escala nas afirmações que revelam a sua **subdimensão interna** (intraorganizacional, gráfico 20) revela que os respondentes identificam como se “aplicando muito à sua equipa”, “aplicando quase totalmente ou totalmente”. Verificando-se unicamente nesta subdimensão que as afirmações que remetem para a proposição de novas ideias os respondentes consideram que não se aplicam da mesma forma que os outros itens da dimensão uma vez que existe relativamente aqueles uma maior proporção de respostas neutras e de sentido desfavorável.

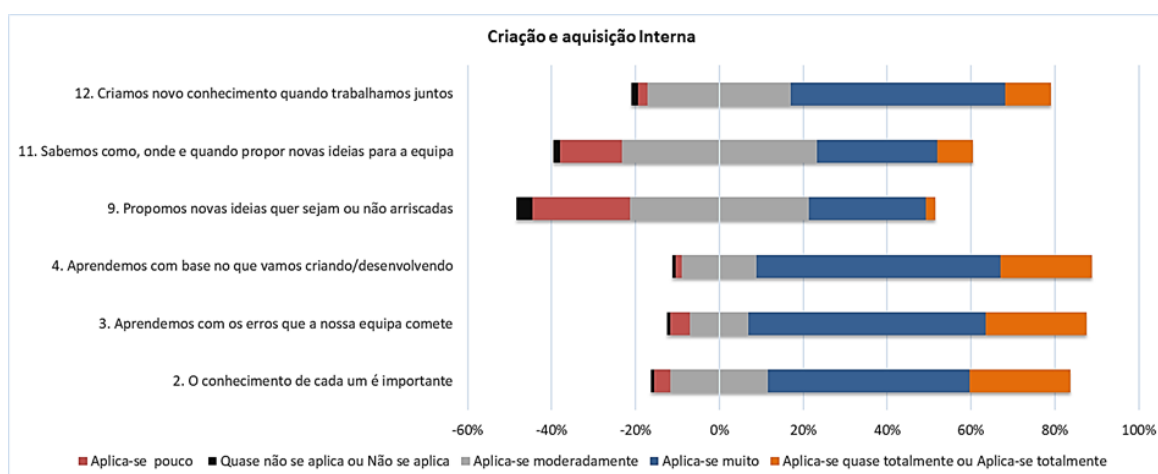


Gráfico 20: Distribuição percentual das respostas desfavoráveis, neutras e favoráveis por item na escala criação e aquisição do conhecimento por via interna.

No que concerne à **subdimensão externa** (extra organizacional, gráfico 21 e ANEXO XI) verifica-se uma tendência geral de neutralidade. Verifica-se assim que a maioria dos respondentes considera que as afirmações da escala se aplicam pouco ou moderadamente à realidade da sua equipa.

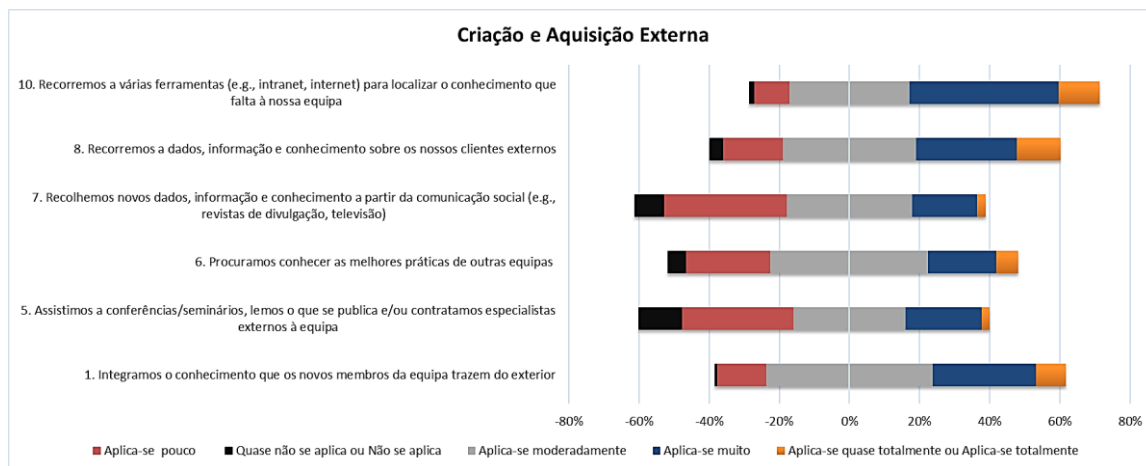


Gráfico 21: Distribuição percentual das respostas desfavoráveis, neutras e favoráveis por item na escala criação e aquisição do conhecimento por via externa.

A nossa convicção inicial, vertida numa das hipóteses ⁴ do estudo, da existência de correlação entre a criação e aquisição interna e a criação e aquisição externa do conhecimento na equipa, é corroborada por uma **correlação positiva** (coeficiente de correlação de Spearman = 0,617) **moderada** (Hinkle D.E, Wiersma W, 2003, ver ANEXO XIII) e **estatisticamente significativa** ($p \leq 0.000$) entre a criação e aquisição de conhecimento interna e externa (ver anexo XII).

4.2.2 - Atribuição de sentido do conhecimento

A dimensão **atribuição de sentido ao conhecimento** (gráfico 22), apresenta uma mediana de 4 (“aplica-se muito”) coincidente com a moda (Ver Anexo XI) com uma localização de 50 % dos dados acima desta opção.

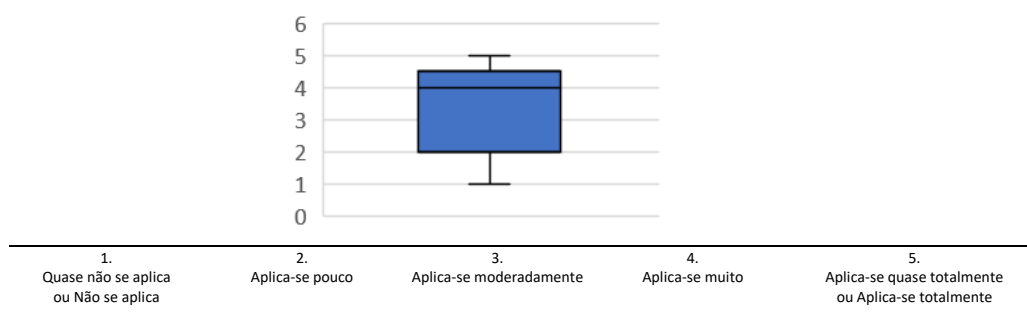


Gráfico 22: Gráfico caixa de bigodes da distribuição atribuição de sentido ao conhecimento

⁴ **Hipótese 1:** Existe correlação entre a criação e aquisição interna e a criação e aquisição externa do conhecimento na equipa.

Salienta-se da análise do gráfico 23 que a distribuição das respostas na dimensão atribuição de sentido ao conhecimento concentra-se nos pontos “aplica-se moderadamente” e “aplica-se muito”. Todas as outras opções têm uma percentagem de respostas abaixo dos 10 % à exceção dos itens 5 (“*Temos de desaprender alguns hábitos antigos para fazer melhor*”) e 7 (“*Procuramos alinhar as nossas ações com os objetivos da equipa*”) com uma percentagem de resposta na opção “aplica-se quase totalmente ou aplica-se totalmente” de 16, 2% e de 12, 3% , respetivamente ; e a **item 1** (“*Refletimos sobre os nossos sucessos e/ou insucessos*”) com uma percentagem de resposta na opção “aplica-se pouco” de 16, 9%.

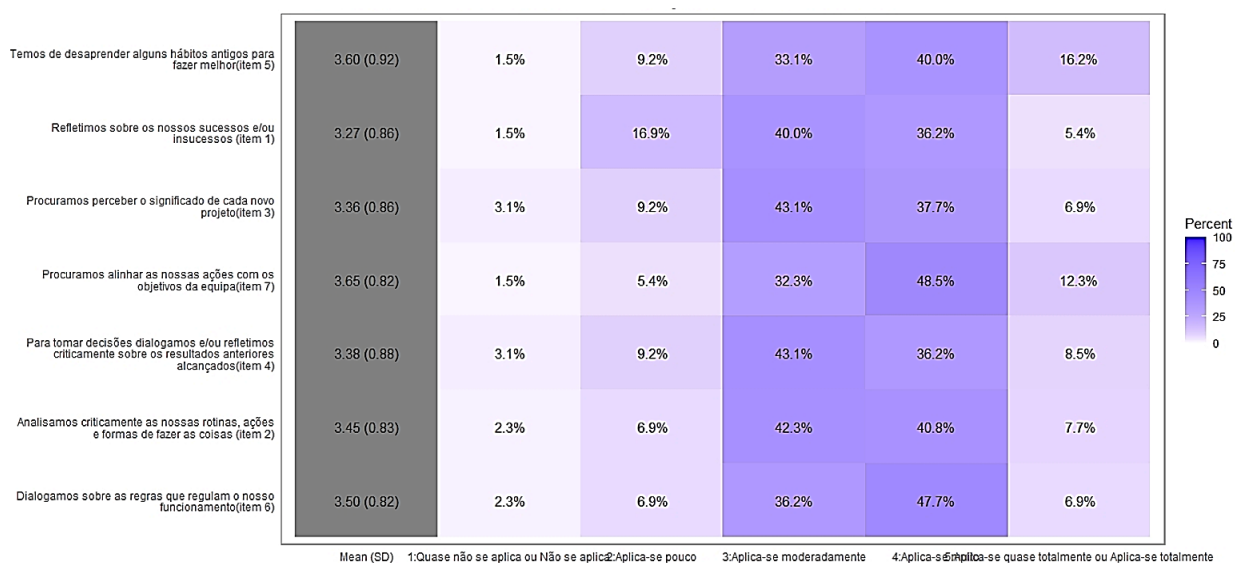


Gráfico 23: Distribuição percentual das respostas por item da escala atribuição de sentido ao conhecimento.

A partir da análise do gráfico 24 verifica-se que os **itens 7** (“*Procuramos alinhar as nossas ações com os objetivos da equipa*”), 61%; **5** (“*Temos de desaprender alguns hábitos antigos para fazer melhor*”), 56% e **6** (“*Dialogamos sobre as regras que regulam o nosso funcionamento*”), 55%; apresentam uma percentagem maioritariamente de respostas no sentido favorável da escala (opções “*aplica-se muito*” e “*aplica-se quase totalmente ou aplica-se totalmente*”). Saliente-se também que não existem respostas com tendência negativa, que todas as respostas apresentam um sentido favorável e que em nenhum item as respostas na zona neutra da escala suplantam as percentagens de respostas no sentido favorável da escala.

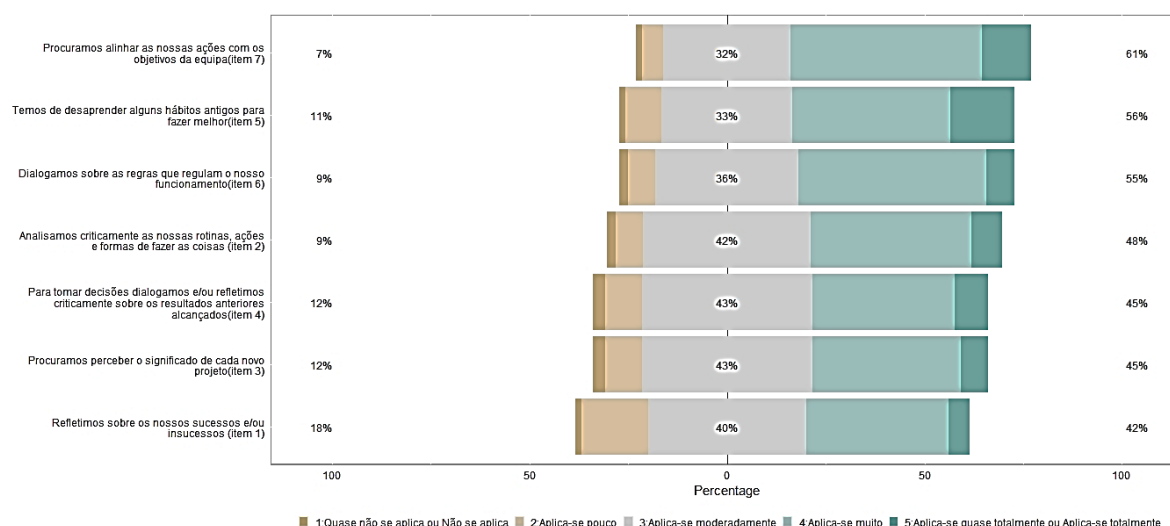


Gráfico 24: Distribuição das respostas desfavoráveis, neutras e favoráveis na atribuição de sentido ao conhecimento.

As afirmações da escala relativas à dimensão atribuição de sentido ao conhecimento refletem os processos influenciados pelas características dos elementos da equipa e verifica-se que os respondentes consideram que estas se “aplicam moderadamente ou muito ao seu contexto”. No contexto global da secção a tendência dos respondentes é no sentido favorável. Os respondentes manifestam que no seu contexto são realizadas no mínimo de uma forma moderada os processos que atribuem sentido ao conhecimento.

A **atribuição de sentido ao conhecimento** fundamenta-se na compreensão e sentido atribuído pelos elementos da equipa a todos os acontecimentos organizacionais. A natureza e o grau desta atribuição de sentido variam de acordo com as características da equipa e da interação que esta estabelece com o seu contexto. As interações da equipa são mediadas pelos catalisadores do conhecimento e é importante para nós saber se **existe correlação entre a atribuição de sentido do conhecimento e os catalisadores do conhecimento (Líder, Equipa e Organização)** testando assim uma das hipóteses do estudo ⁵ através do teste de correlação de Spearman.

Da leitura do quadro 8 verificamos que para um nível de significância alfa=5% **apenas não é verificada uma correlação não paramétrica significativa** nos seguintes pares: (i) Catalisadores - líder vs. Catalisadores organização; (ii) Catalisadores - equipa vs. Catalisadores - organização. Nos pares onde foi verificada correlação **estatisticamente significativa**, esta não ultrapassou a categoria de **moderada** (Hinkle D.E, Wiersma W, 2003, ver anexo XIII)

⁵ **Hipótese 6:** Existe correlação entre a atribuição de sentido do conhecimento e os catalisadores de conhecimento.

Correlações						
			Atribuição de sentido	Catalisadores: Líder	Catalisadores: Equipa	Catalisadores: Organização
Rho de Spearman	Atribuição de sentido	Coefficiente de correlação	1,000	,357**	,486**	,235**
		Sig. (bilateral)	.	,000	,000	,008
		N	128	128	128	128
	Catalisadores: Líder	Coefficiente de correlação	,357**	1,000	,591**	,152
		Sig. (bilateral)	,000	.	,000	,087
		N	128	128	128	128
	Catalisadores: Equipa	Coefficiente de correlação	,486**	,591**	1,000	,157
		Sig. (bilateral)	,000	,000	.	,076
		N	128	128	128	128
	Catalisadores: Organização	Coefficiente de correlação	,235**	,152	,157	1,000
		Sig. (bilateral)	,008	,087	,076	.
		N	128	128	128	128

** A correlação é significativa ao nível 0.01 (bilateral).

Quadro 8- Teste de correlação de Spearman entre a atribuição de sentido e os catalisadores do conhecimento.

4.2.3 - Partilha e difusão do conhecimento

A **partilha e difusão do conhecimento** constituem as atividades de “disseminação” do conhecimento individual ao nível da equipa/organização podendo ser desenvolvidas de uma forma intencional através de ações explícitas e conscientes efetuadas pela equipa, assumindo quer comportamentos formalmente instituídos e estimulados, quer através de todas as suas ações individuais, espontâneas, explícitas e deliberadas.

Estas atividades também podem assumir uma forma não intencional, de cariz informal de partilha e difusão do conhecimento, sem que os seus intervenientes tenham consciência ou intencionalidade no processo.

A análise global da **dimensão partilha e difusão do conhecimento** (gráfico 25), assim como na sua **subdimensão intencional**, a mediana é coincidente com a moda (ANEXO XI) verificando-se o valor 3 (“aplica-se moderadamente”). Confirma-se graficamente uma simetria da distribuição em torno da mediana. Na sua **subdimensão não intencional** a mediana é 3 (“aplica-se moderadamente”) e o valor com maior frequência, a moda é 4 (“aplica-se muito”).

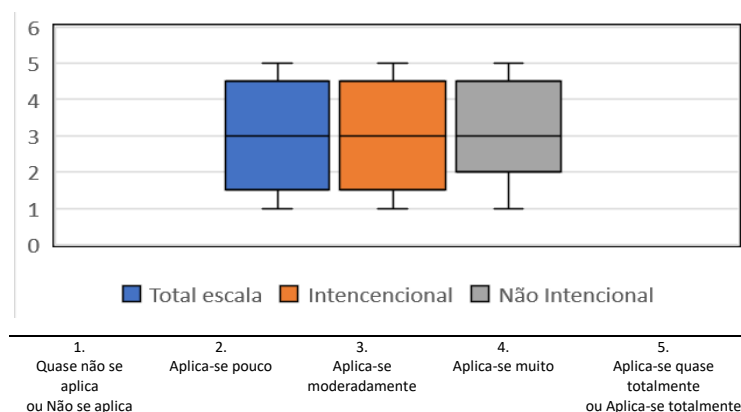


Gráfico 25: Gráfico caixa de bigodes da distribuição da partilha e difusão do conhecimento.

O mapa de cores (gráfico 26) revela maior saturação de respostas na zona neutra da escala, (“Aplica-se moderadamente”), em seis dos 14 itens (itens 11, 9, 7, 4, 12, 14). Verifica-se que os **itens 10** (“troca de conhecimento com outros grupos do hospital de forma presencial e ou virtual”) , **3** (“Partilhamos as nossas melhores práticas com os outros grupos do hospital”), **5** (“Antes de um membro sair “transferimos” para a equipa o seu conhecimento”) que correspondem à **subdimensão intencional** da partilha e difusão do conhecimento, são os itens que recolhem uma percentagem mais significativa na opção “aplica-se pouco”, no sentido desfavorável, por parte dos respondentes como correspondendo à realidade da sua equipa. No extremo negativo da escala verifica-se que a maior percentagem de resposta na opção “quase não se aplica ou aplica-se pouco” corresponde aos itens **10** (“troca de conhecimento com outros grupos do hospital de forma presencial e ou virtual”) com 28,85%, e **3** (“partilha das melhores práticas da equipa com outros grupos do hospital”) com 23,08 %, relativos à dimensão intencional; e também o item **6** (“Troca de email com histórias engraçadas no trabalho”) com 23,85%, relativo à **subdimensão não intencional**.

No sentido favorável, na opção “aplica-se muito” verifica-se que os **itens 8** (“conversas informais sobre os mais diversos assuntos nas pausas de trabalho”) e **13** (“momentos informais onde colegas mais velhos contam histórias passadas no hospital”) ambos com 40,77%, relativos à dimensão não intencional da partilha e difusão do conhecimento; e o item **2** (“partilha do saber individual por parte dos membros da equipa”) relativo à **subdimensão intencional** com 43,08%, como sendo o item com maior percentagem de repostas nesta opção. No extremo positivo da escala verifica-se que a maior percentagem de respostas na opção “aplica-se quase totalmente ou aplica-se totalmente” são nos itens **8** (“conversas informais sobre os mais diversos assuntos nas pausas de trabalho”) e **13** (“momentos informais onde colegas mais velhos contam histórias passadas no hospital”) ambos com 18,46%.

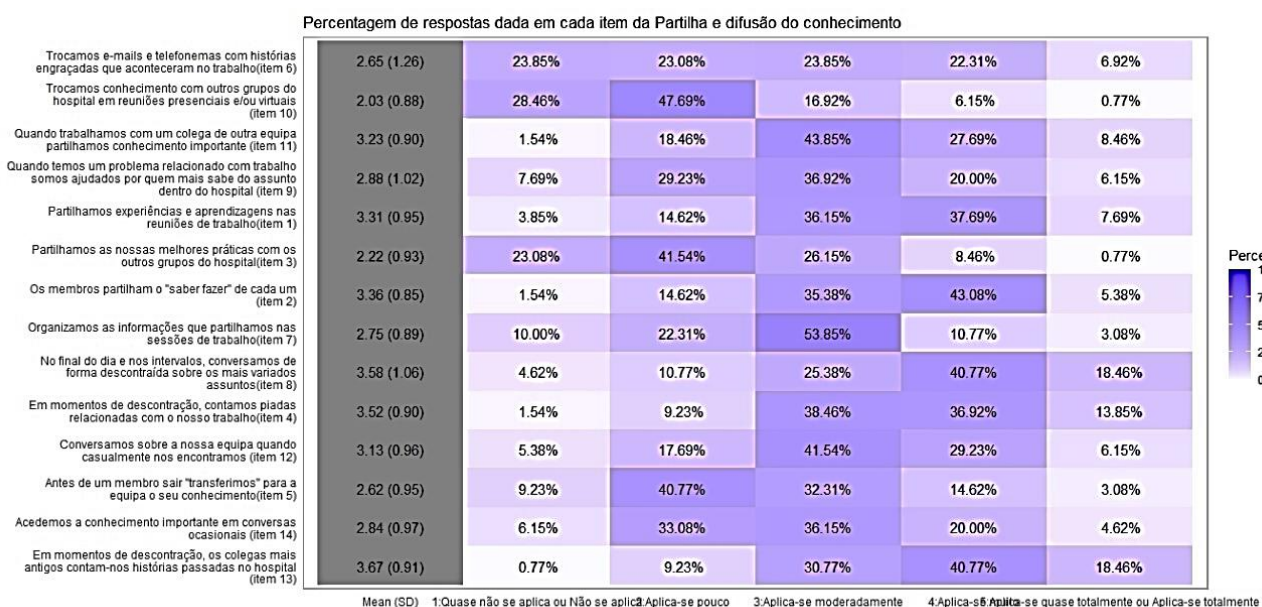


Gráfico 26: Distribuição percentual das respostas por item da escala partilha e difusão do conhecimento.

A partir da análise do gráfico 27 verifica-se que os itens **13** (“Em momentos de descontração, os colegas mais antigos contam-nos histórias passadas no hospital”, 59%) ; **8** (“Em momentos de descontração, contamos piadas relacionadas com o nosso trabalho”, 59%); e **4** (“No final do dia e nos intervalos, conversamos de forma descontraída sobre os mais variados assuntos”, 51%) relativos à **subdimensão não intencional** da partilha e difusão do conhecimento

são aqueles cuja percentagem de respostas se verifica **acima dos 50%** no sentido favorável da escala. Verifica-se também que os itens **5** (“Partilhamos as nossas melhores práticas com os outros grupos do hospital”, 50%); **3** (“Antes de um membro sair “transferimos” para a equipa o seu conhecimento, 65%); e **10** (“Trocamos conhecimento com outros grupos do hospital em reuniões presenciais e/ou virtuais,” 76%) relativos à **subdimensão intencional** são aqueles cuja percentagem de respostas se verifica **acima dos 50%** no sentido desfavorável da escala. Encontra-se subjacente uma tendência de que os itens relativos à subdimensão não intencional recolhem uma maior aprovação dos respondentes.

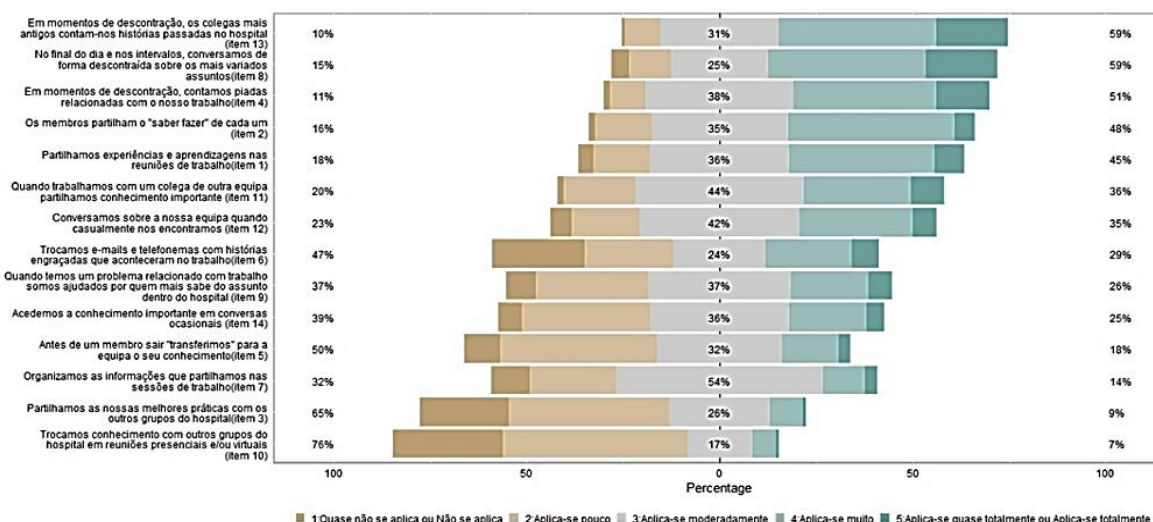


Gráfico 27: Distribuição percentual das respostas desfavoráveis, neutras e favoráveis por item da escala partilha e difusão do conhecimento.

No gráfico 28 ilustra-se a distribuição de respostas na **subdimensão intencional**. Verifica-se uma tendência de **resposta na zona neutra** (“aplica-se moderadamente”) e no **sentido**

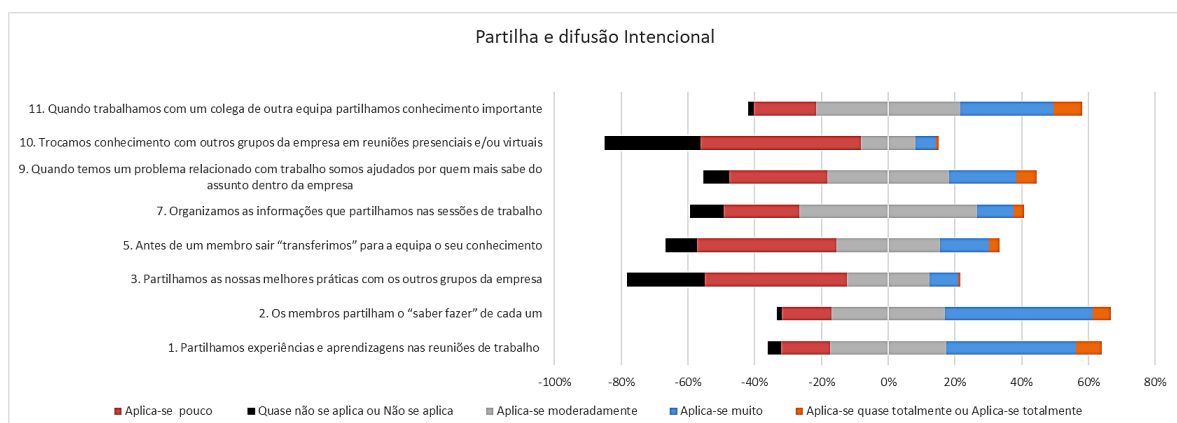


Gráfico 28: Distribuição percentual das respostas desfavoráveis, neutras e favoráveis por item na escala partilha e difusão intencional do conhecimento.

desfavorável da escala (“Aplica-se pouco” e “quase não se aplica ou Não se aplica”), com exceção nos itens 1 e 2. De salientar que nesta subdimensão a vertente de partilha de conhecimento com outros grupos da empresa é a que recolhe mais respostas no sentido desfavorável, manifestando os respondentes que estes processos se “aplicam pouco”, “quase não se aplicam ou não se aplicam” ao seu contexto.

No gráfico 29 ilustra-se a **subdimensão não intencional** da partilha e difusão do conhecimento. Confirma-se a tendência das respostas nesta vertente serem no **sentido favorável**, salientando-se os momentos informais de descontração como momentos de interação privilegiados para troca de histórias relevantes acerca do contexto de trabalho uma vez que são estas vertentes que os respondentes valorizam como aqueles que se “aplicam muito”, “aplicam-se quase totalmente ou totalmente” ao seu contexto de equipa.

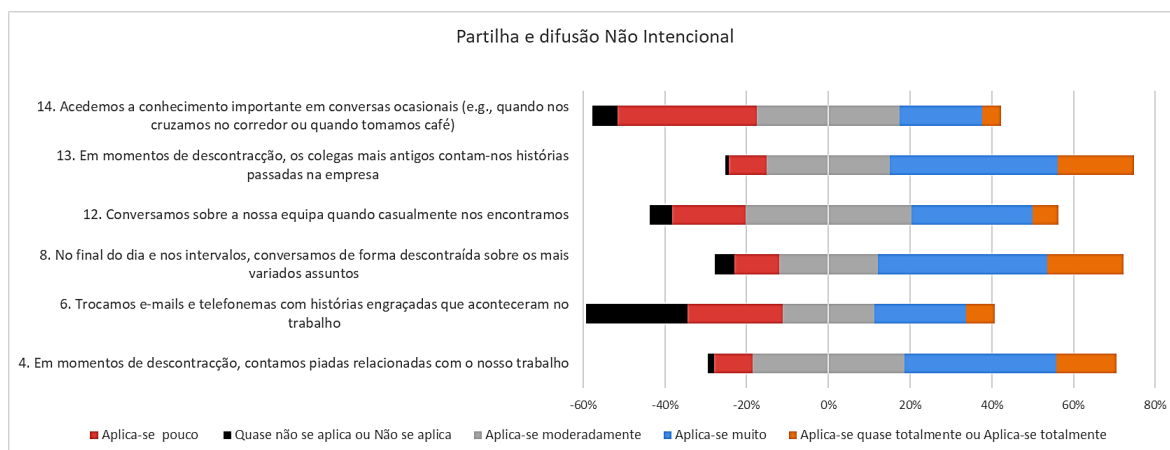


Gráfico 29: Distribuição percentual das respostas desfavoráveis, neutras e favoráveis por item na escala da partilha e difusão do conhecimento não intencional.

Estes resultados revelam que os respondentes consideram que na sua equipa os **processos não intencionais** de partilha e difusão são os que se aplicam mais à sua realidade.

O coeficiente de Spearman⁶ corrobora a existência de uma **correlação positiva** (coeficiente de Spearman de 0,347, ver ANEXO XII) **fraca** (Hinkle D.E, Wiersma W, 2003, ver anexo XIII) e **estatisticamente significativa** entre a partilha e difusão intencional e não intencional do conhecimento.

4.2.4 - Memória da equipa

O acervo do conhecimento da equipa constitui a **memória da equipa** que comporta uma dimensão orientada para o contexto interno (abarcando uma vertente intencional explícita e uma vertente tácita) onde os elementos da equipa, procedimentos, rotinas, produtos e serviços, entre outros constituem os compiladores, os arquivos, deste conhecimento.

Na análise global da **dimensão memória da equipa** (gráfico 30), a mediana é coincidente com a moda verificando-se na totalidade da escala o valor de 4, que corresponde que os respondentes consideram que “aplica muito” ao seu contexto. Verifica-se que os dados se encontram concentrados em torno da mediana, com uma amplitude interquartil de 1. Na sua **subdimensão intencional**, revela que a mediana obtida é de 3 coincidindo com a moda, com uma amplitude interquartil de 2 revelando dispersão de dados, traduzida num menor consenso. A percepção dos respondentes relativamente às afirmações da escala nesta dimensão é a de que estas se aplicam moderadamente à sua equipa. Na sua **subdimensão não intencional** a mediana é de 3 (“aplica-se moderadamente”) e o valor com maior frequência, a moda é de 4 (“aplica-se muito”)

⁶ Teste à **Hipótese 2**: Existe correlação entre a partilha e difusão intencional e não intencional do conhecimento.

com uma amplitude interquartil de 1 que traduz por uma menor dispersão, ou seja, num maior consenso dos respondentes.

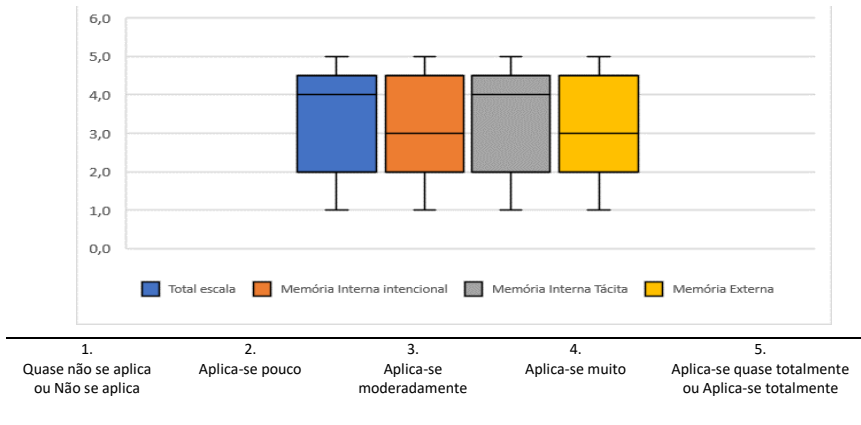
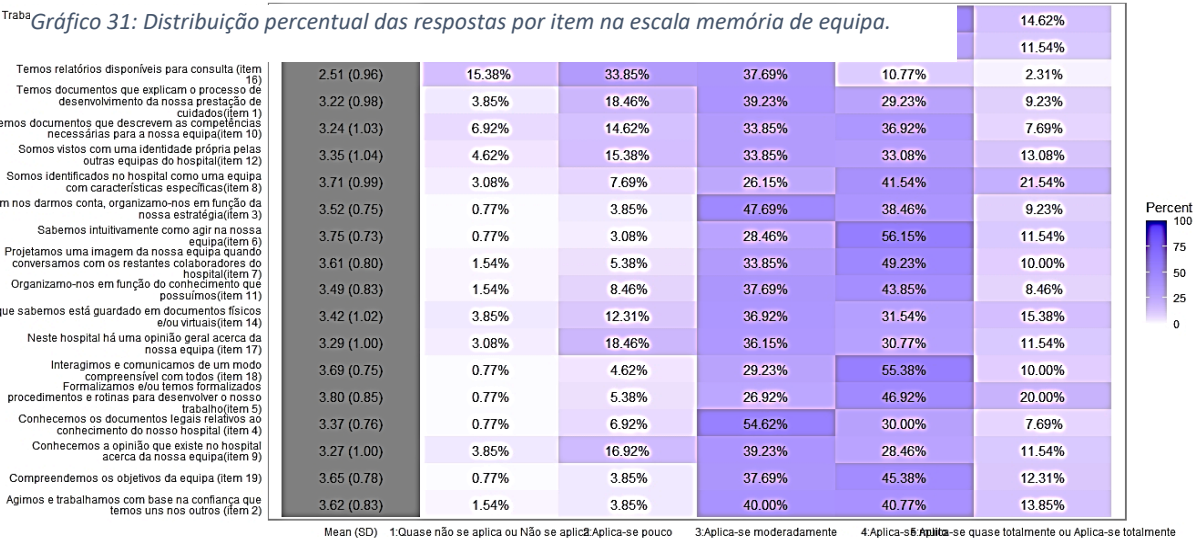


Gráfico 30: Gráfico caixa de bigodes da distribuição dos valores da memória da equipa.

Salienta-se da análise do gráfico 31 que a distribuição das respostas nesta dimensão, **memória da equipa** se encontram concentradas nas opções “aplica-se moderadamente” (com 9 itens onde esta opção tem o número mais elevado de respostas com uma variação de 36,92 a 56,15 %) e a opção “aplica-se muito” (com 10 itens com o número mais elevado de respostas com uma variação de 31,54 a 54,62%). De salientar também que o item 16 (“relatórios disponíveis para consulta”) contraria a **tendência geral de respostas no sentido favorável**, com a maioria das respostas em zona neutra (“aplica-se moderadamente”), 37,69% e no sentido desfavorável (“aplica-se pouco”, 33,85% e “quase não se aplica ou não se aplica”, 15,38%).



Ao nível das três subdimensões da dimensão memória da equipa, gráfico 32, (memória interna tácita, memória interna intencional e memória externa) verifica-se o **sentido favorável** das

respostas que assumem valores maioritariamente nas opções “aplica-se muito” e “aplica-se quase totalmente ou aplica-se totalmente”. De salientar que dos nove itens com resposta superiores a 52 % no sentido favorável da dimensão memória da equipa seis são da subdimensão tácita sendo os restantes distribuídos pela subdimensão interna intencional existindo assim uma concentração de resposta naquela subdimensão.

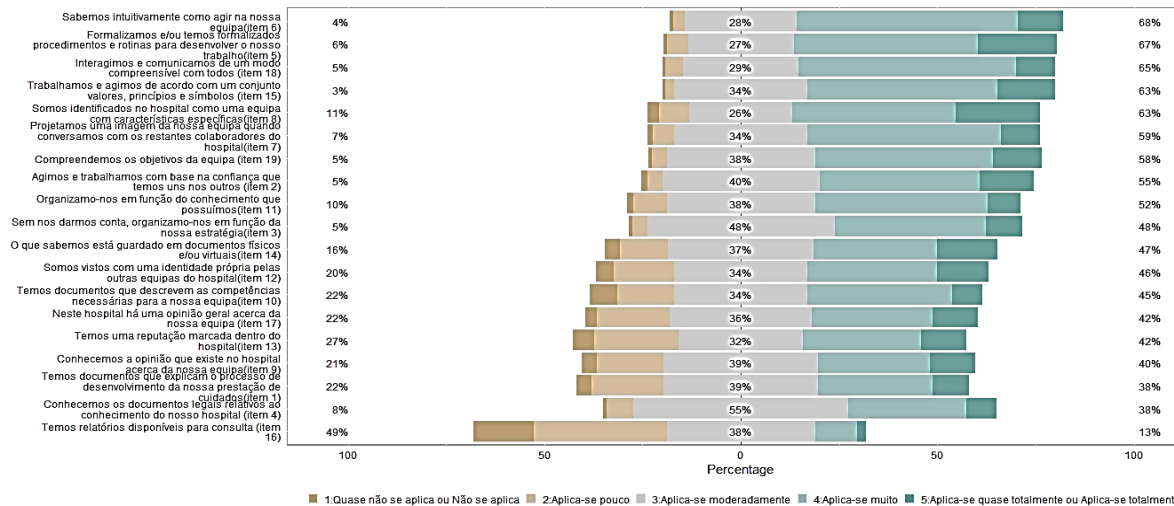


Gráfico 32: Distribuição das respostas desfavoráveis, neutras e favoráveis na memória de equipa.

O gráfico 33 onde se ilustra a distribuição de respostas na **subdimensão intencional**, onde se verifica uma tendência de resposta no **sentido favorável** da escala. De salientar que nesta dimensão a disponibilidade de relatórios sobre a atividade do HDS é a que recolhe mais respostas **menos favoráveis**, manifestando os respondentes que estes processos se “aplicam pouco”, “quase não se aplicam ou não se aplicam ao seu contexto”.

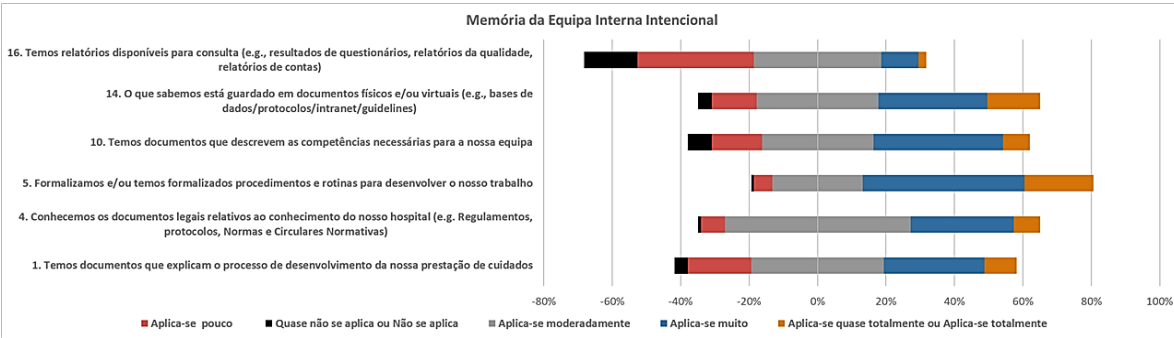


Gráfico 33: Distribuição percentual das respostas desfavoráveis, neutras e favoráveis por item da escala memória da equipa interna intencional.

No gráfico 34, isolando as respostas na **subdimensão da memória interna tácita** verifica-se, de uma forma clara, uma tendência de respostas no **sentido favorável** já identificada anteriormente.

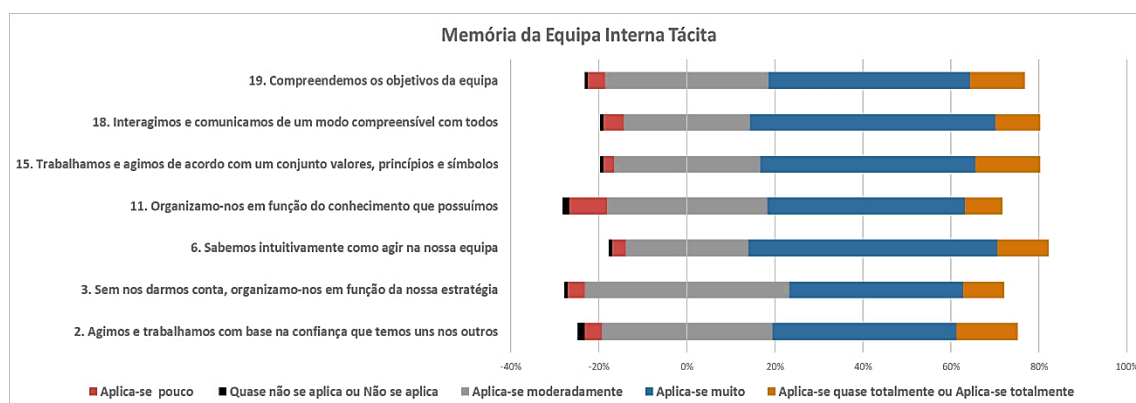


Gráfico 34: Distribuição percentual das respostas desfavoráveis, neutras e favoráveis por item na escala memória da equipa interna tácita.

Na **subdimensão externa da memória** (gráfico 35), verifica-se que a maioria das respostas são favoráveis às afirmações como se “aplicando muito”, “aplicando quase totalmente ou totalmente” ao seu contexto, destacando-se os itens 7. (“Projetamos uma imagem da nossa equipa quando conversamos com os restantes colaboradores do hospital”) e 8. (“Somos identificados no hospital como uma equipa com características específicas”)

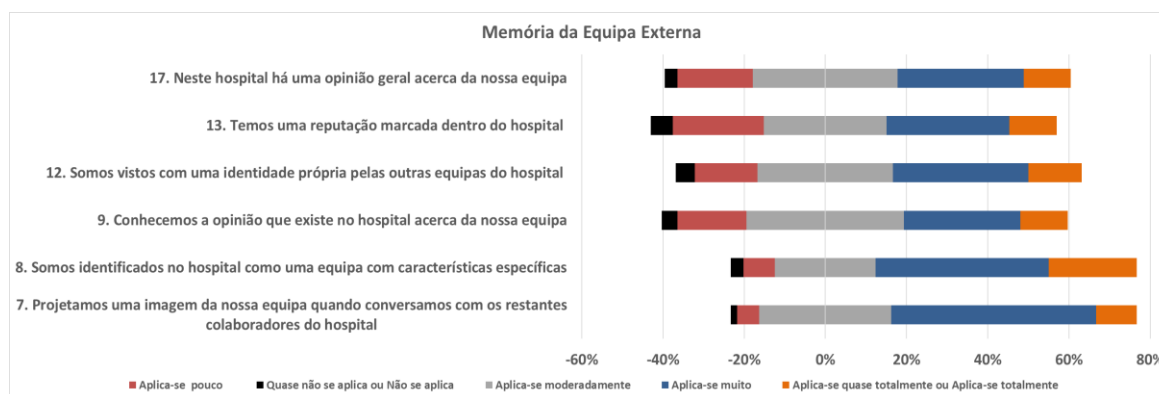


Gráfico 35: Distribuição percentual das respostas desfavoráveis, neutras e favoráveis por item na escala memória da equipa externa.

Os respondentes demonstram que a dinâmica de conhecimento nas suas equipas em termos de armazenamento de conhecimento é globalmente valorizada e exercida com uma preponderância dos processos de memorização interna tácita, que constitui o conhecimento armazenado pelos elementos da equipa.

As tendências acima identificadas foram corroboradas com a utilização do teste não paramétrico de Kruskal-Wallis (teste à hipótese 3⁷), uma vez que estamos perante três grupos distintos onde foram comparadas diferenças nos valores medianos ao nível da valorização dos processos de memorização do conhecimento (memória interna tácita, memória interna intencional; memória externa) na equipa. Para responder a esta questão verificámos se os valores medianos da valorização dos processos de memorização do conhecimento (memória interna tácita,

⁷ **Hipótese 3** Existe diferença na valorização dos processos de memorização do conhecimento (memória interna tácita, memória interna intencional; memória externa) na equipa;

memória interna intencional; memória externa) na equipa são iguais (hipótese nula). Com base no teste de Kruskal-Wallis (Ver anexo XII) (estatística de teste=11,871; graus de Liberdade=2, valor- $p=0,003$) conclui-se pela **rejeição da nossa hipótese** nula (H_0) para um nível de significância $\alpha=5\%$, ou seja: podemos afirmar que **existe pelo menos um par onde os valores medianos** na valorização dos processos de memorização do conhecimento (memória interna tácita, memória interna intencional; memória externa) na equipa **são distintos, ou seja estatisticamente significativos**. Na sequência da realização do teste de Kruskal-Wallis, foram realizadas comparações múltiplas (análise *post hoc*), em particular com o teste de Bonferroni como pode ser consultado no quadro 9. Da sua leitura, conclui-se que os pares cujos valores medianos da valorização dos processos de memorização do conhecimento na equipa são distintos localizam-se em: interna intencional vs. interna tácita e externa vs. interna tácita, para um nível de significância $\alpha=5\%$.

Comparações múltiplas: Memória da equipa					
Amostra 1-Amostra 2	Estatística de teste	Erro padrão	Estatística de teste padrão	Sig.	Sig. Ajustada ^a
Interna intencional-Externa	6,930	13,251	,523	,601	1,000
Interna intencional-Interna tácita	-42,547	13,251	-3,211	,001	,004
Externa-Interna tácita	-35,617	13,251	-2,688	,007	,022
Cada linha testa a hipótese nula de que as distribuições da Amostra 1 e da Amostra 2 são iguais. Significações assintóticas (testes bilaterais) são exibidas. O nível de significância é ,05.					
a. Os valores de significância foram ajustados pela correção de Bonferroni para vários testes.					

Quadro 9: Comparações múltiplas na dimensão memória da equipa.

4.2.5 – Recuperação e utilização do conhecimento

A **recuperação e utilização do conhecimento da equipa** implica o resgate do conhecimento anteriormente obtido, sempre que se revelar necessário por parte dos elementos da equipa. A dimensão da recuperação do conhecimento é constituída por três subdimensões: i) recuperação controlada, consciente alicerçada na reflexão e questionamento do contexto; ii) recuperação automática cuja ação está baseada nos valores e princípios da cultura da equipa/organização; e iii) utilização do conhecimento que está relacionada à instrumentalidade inerente ao desenvolvimento de processos, de procedimentos e à própria prática em si.

Na análise global da **dimensão Recuperação e utilização do conhecimento** (primeiro boxplot do gráfico 36), a mediana é coincidente com a moda verificando-se na totalidade da escala o valor 4 (“aplica-se muito”) com uma localização de 50 % dos dados acima deste valor. Nas suas **subdimensões “Recuperação Controlada” e “Recuperação automática”** revela que a mediana obtida é de 3 (“aplica-se moderadamente”) coincidindo com a moda (anexo XI).

Na **subdimensão “utilização do conhecimento”** apresenta uma mediana de 4 (“aplica-se muito”) coincidente com a moda com uma localização de 50 % dos dados acima deste valor.

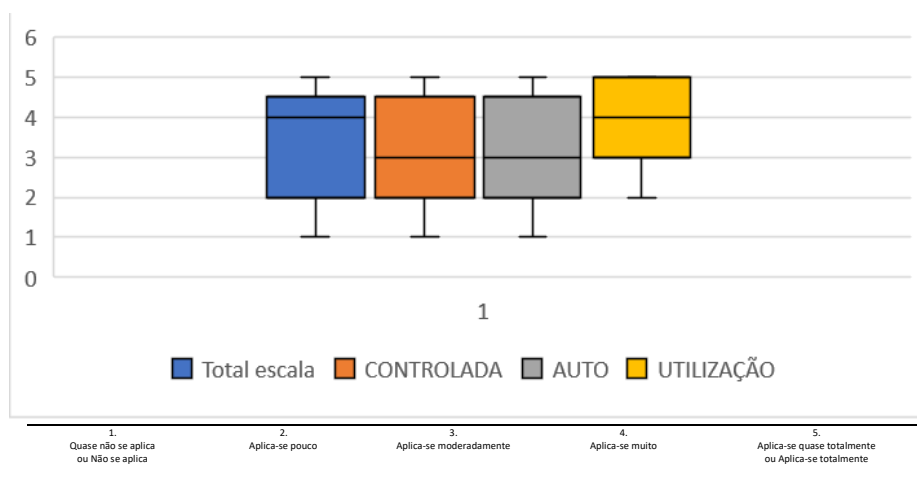


Gráfico 36: Gráfico caixa de bigodes da recuperação e utilização do conhecimento.

Salienta-se da análise do gráfico 37 que a distribuição das respostas nesta dimensão, **recuperação e utilização do conhecimento** se encontram concentradas nas opções “aplica-se moderadamente” com 7 dos 18 itens com a maior percentagem de respostas nesta opção; concentradas na opção “aplica-se muito” com 9 dos 18 itens, portanto 50% do total de itens, com a maior percentagem de respostas nesta opção. De salientar também que o item 10 (“o conhecimento da equipa é útil para o desenvolvimento do seu trabalho”) é a única opção cuja percentagem maior de respostas se encontra na opção “aplica-se quase totalmente ou aplica-se totalmente” com 48,46 %. Esta **tendência de aprovação** surge reforçada ao verificarmos a percentagem de respostas na opção “aplica-se muito” (47,69%), perfazendo cumulativamente 96,55% das opções favoráveis. De salientar também que o item 3 (“Execução de tarefas sem pensar no conhecimento que está a ser aplicado”) contraria a tendência geral de respostas com a maioria das respostas em zona neutra (“aplica-se moderadamente”, 48,85%) ou no sentido desfavorável (“aplica-se pouco” com 29,23% e “quase não se aplica ou não se aplica” com 12,31%.)

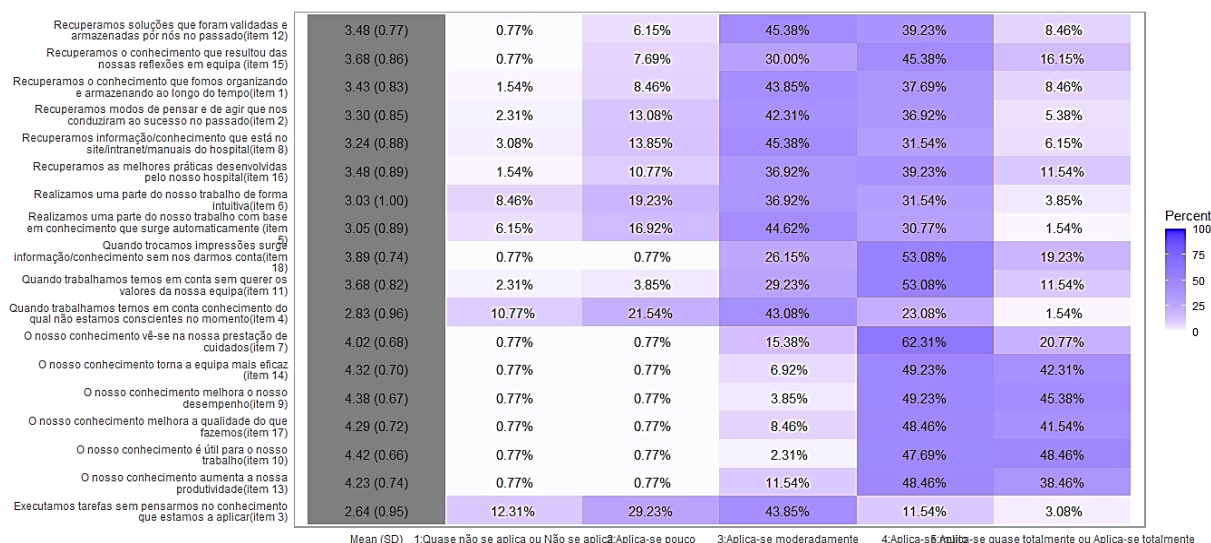


Gráfico 37: Distribuição percentual das respostas por item na escala recuperação e utilização do conhecimento.

A partir da análise do gráfico 38 verifica-se que **10 itens** têm respostas **acima dos 50% no sentido favorável**; destes 6 itens tem respostas superiores a 83% no sentido favorável (“aplica-se muito” e “aplica-se quase na totalidade ou aplica-se na totalidade”) e correspondem à dimensão de utilização do conhecimento.

A **subdimensão recuperação controlada** do conhecimento Itens 15,16, 12, 1, 2, 8 apresentam uma tendência de respostas no sentido favorável, mas com uma maior percentagem de respostas na zona neutra do que as verificadas na dimensão utilização do conhecimento

A **subdimensão recuperação automática** do conhecimento surge como aquela cujos itens, 6, 5, 4 e 3 reúnem **menos aprovação** com percentagens de respostas na zona neutra de 37 a 44%, no sentido favorável de 15 a 35% e no sentido desfavorável de 28 a 42 %. Nesta dimensão os itens **18** (“Troca de impressões onde surge informação / conhecimento sem dar conta”) com 72% e **11** (Ter em conta sem querer os valores da equipa durante o trabalho) com 65 % de respostas no sentido favorável contrariam a tendência geral da subdimensão.

A **tendência da dimensão** vai no sentido da menor aprovação nas afirmações da subdimensão automática, uma aprovação maior na subdimensão recuperação controlada, culminando com uma aprovação clara das afirmações referentes à subdimensão utilização do conhecimento, ou seja, dos aspetos instrumentais da recuperação e utilização do conhecimento.

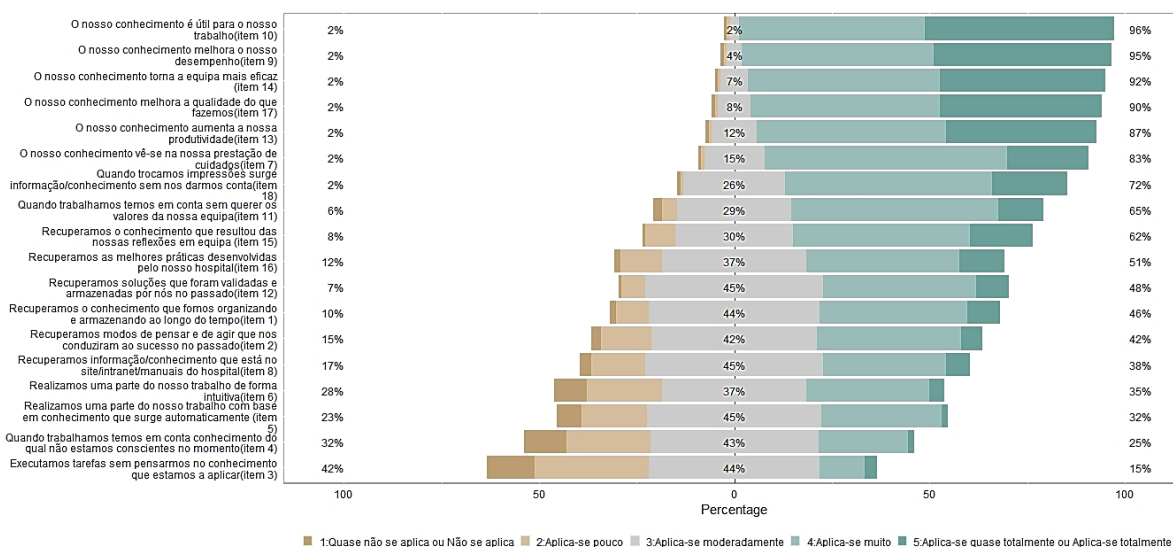


Gráfico 38: Distribuição das respostas desfavoráveis, neutras e favoráveis por item na escala recuperação e utilização do conhecimento.

Apresenta-se uma análise isolada por subdimensão, permitindo identificar de forma clara as tendências internas de resposta e o contributo de cada uma delas para os resultados da dimensão.

Os respondentes apresentam na **subdimensão recuperação controlada do conhecimento** respostas globalmente homogêneas (gráfico 39) não existindo grandes oscilações com maior incidência de respostas na zona neutra da escala e no sentido favorável desta.

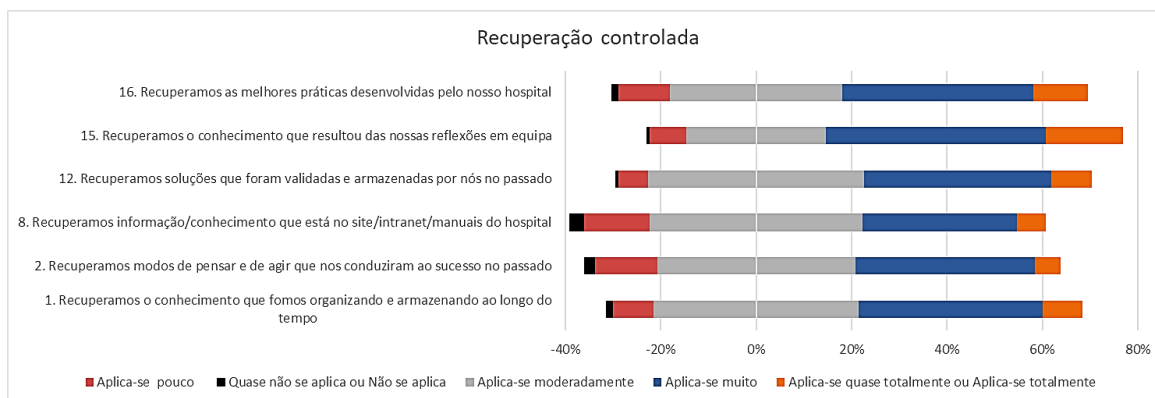


Gráfico 39: Distribuição percentual das respostas desfavoráveis, neutras e favoráveis por item na escala recuperação controlada do conhecimento.

Nas respostas que avaliam a **subdimensão automática** da recuperação do conhecimento (gráfico 40) verifica-se que os respondentes não se reveem nas afirmações que de certa forma indiciem uma recuperação do conhecimento sem uma intervenção, consciente e ativa por parte dos indivíduos. Já as afirmações que indiciam a mobilização inconsciente de valores ou a mobilização inconsciente de conhecimento decorrente da interação ativa entre os elementos da equipa, os scores são mais elevados.

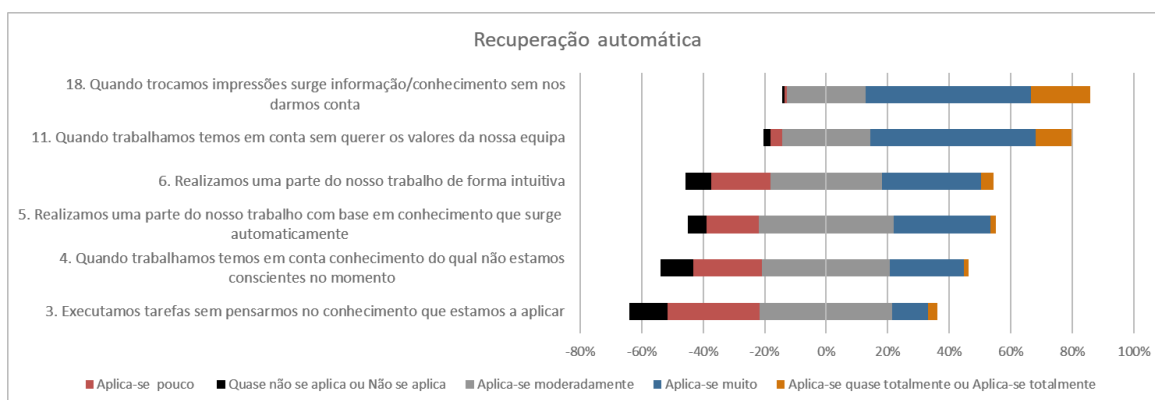


Gráfico 40: Distribuição percentual das respostas desfavoráveis, neutras e favoráveis por item na escala recuperação automática do conhecimento.

As afirmações referentes à **subdimensão utilização do conhecimento** (gráfico 41) surgem todas com um score elevado, distribuídas maioritariamente na zona favorável da escala (“Aplica-

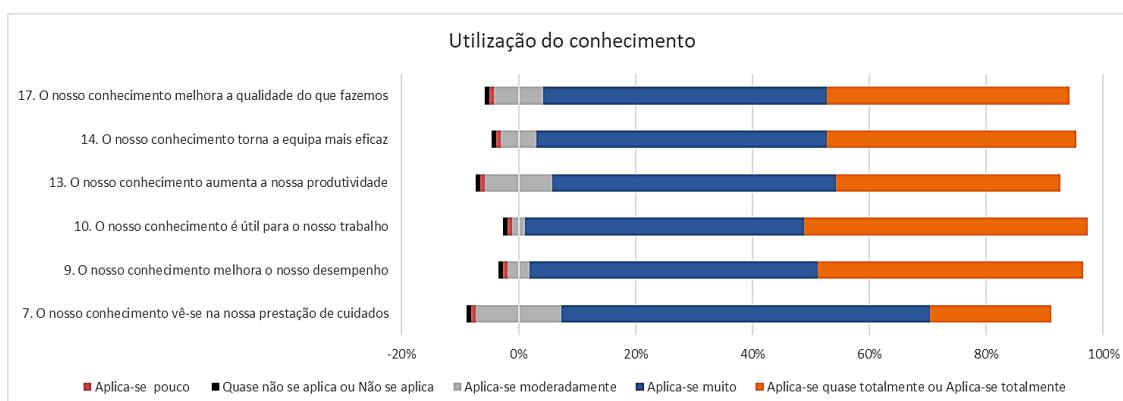


Gráfico 41: Distribuição percentual das respostas desfavoráveis, neutras e favoráveis por item na escala utilização do conhecimento.

se muito” e “Aplica-se quase totalmente ou totalmente”) revendo-se os respondentes nos aspetos instrumentais da recuperação e utilização do conhecimento.

Os respondentes demonstram que a dinâmica de conhecimento nas suas equipas relativamente à recuperação do conhecimento os processos de recuperação controlada são mais valorizados face aos processos automáticos que o são de forma moderada. Na recuperação automática, os processos inconscientes de mobilização de valores ou de conhecimento decorrente da interação ativa entre os elementos da equipa, são os aspetos mais valorizados pelos respondentes como sendo relevantes na sua equipa. Relativamente à utilização do conhecimento, esta é globalmente valorizada e reconhecida como de importância elevada nas suas equipas e constitui a vertente com os scores mais elevados na dimensão.

No sentido de explorar esta dinâmica de recuperação e utilização do conhecimento investigámos através do teste de Kruskal-Wallis (teste à hipótese 4⁸) se os valores medianos da valorização dos processos de recuperação automática, recuperação controlada e utilização de conhecimento são iguais na equipa. Com base no valor $p=0$, associado ao referido teste (ver anexo XII) conclui-se pela rejeição da nossa hipótese nula (H_0) para um nível de significância $\alpha=5\%$ (estatística de teste=132,531; graus de Liberdade=2), ou seja: podemos afirmar que existe pelo menos um par onde os valores medianos na recuperação e utilização do conhecimento na equipa são distintos. Na sequência da realização do teste de Kruskal-Wallis, recorreu-se a comparações múltiplas (análise *post hoc*), em particular com teste de Bonferroni como pode ser consultado no quadro 10. Da sua leitura conclui-se que o único par cujos valores medianos não são distintos refere-se aos processos de recuperação (automática e controlada) para um nível de significância $\alpha=5\%$.

Comparações múltiplas: Recuperação e utilização do conhecimento					
Amostra 1 - Amostra 2	Estatística de teste	Erro Padrão	Estatística de teste padrão	Sig.	Sig. Ajustada ^a
Automática-Controlada	-30,926	13,290	-2,327	,020	,060
Automática-Utilização	-145,230	13,290	-10,928	,000	,000
Controlada-Utilização	-114,305	13,290	-8,601	,000	,000

Cada linha testa a hipótese nula de que as distribuições da Amostra 1 e da Amostra 2 são iguais. Significações assintóticas (testes bilaterais) são exibidas. O nível de significância é ,05.

a. Os valores de significância foram ajustados pela correção de Bonferroni para vários testes.

Quadro 10: Comparações múltiplas na dimensão recuperação e utilização do conhecimento

4.2.6 - Catalisadores de gestão do conhecimento

O instrumento de colheita de dados na escala relativa à **dimensão catalisadores de gestão do conhecimento** é constituída por dois conjuntos de afirmações separados: i) afirmações relativas ao líder e à equipa, ii) afirmações relativas à organização. Em termos de análise mantivemos, tal como já explicado no capítulo metodologia, esta organização por fazer sentido na compreensão global dos resultados e particularmente na compreensão dos resultados dos testes de hipóteses nomeadamente das hipóteses 5 e 6 (**Hipótese 5:** Existem diferenças na valorização do papel dos catalisadores (organização, equipa, líder) na gestão do conhecimento; **Hipótese 6:** Existe correlação entre a atribuição de sentido do conhecimento e os catalisadores de conhecimento).

⁸ **Hipótese 4:** Existe diferença entre a recuperação e utilização do conhecimento na equipa

Catalisadores: Líder e equipa

A análise global do conjunto de afirmações relativas **líder e equipa na dimensão catalisadores de gestão do conhecimento**, (gráfico 42) revela que a mediana obtida é de 4 (“aplica-se muito”) coincidindo com a moda. Este facto também é observado na vertente “**líder**” desta dimensão. Na vertente “**Equipa**” a mediana é mais baixa entre 3 (“aplica-se moderadamente”) e 4 (“aplica-se muito”), e moda de 4 (“aplica-se muito”), pelo que se pode concluir que é a vertente “**líder**” é a maior responsável pelos scores de conjunto de afirmações (relativas ao líder e equipa) da escala.

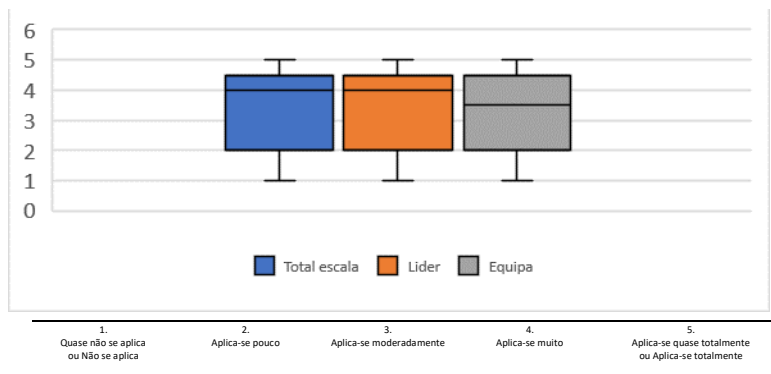


Gráfico 42: Gráfico caixa de bigodes dos catalisadores do conhecimento líder e equipa.

A partir do mapa de cores, gráfico 43, verifica-se que as zonas de maior saturação se encontram distribuídas na zona neutra da escala e no sentido favorável com um número elevado de respostas na opção “aplica-se muito”. Verifica-se que 6 dos itens referentes ao líder (itens de 1 a 6) surgem com uma percentagem mais elevada de respostas na opção concordo quase totalmente e totalmente (11,54 % a 17,69%), enquanto na subdimensão equipa (itens de 7 a 12) estes valores variam entre 7,69 a 13,08%. Na opção “aplica-se muito”, a subdimensão líder apresenta scores de 34,62 a 50% nos seus seis itens, e a subdimensão equipa apresenta pontuações de 36,15 a 43,85 % nos seus seis itens.

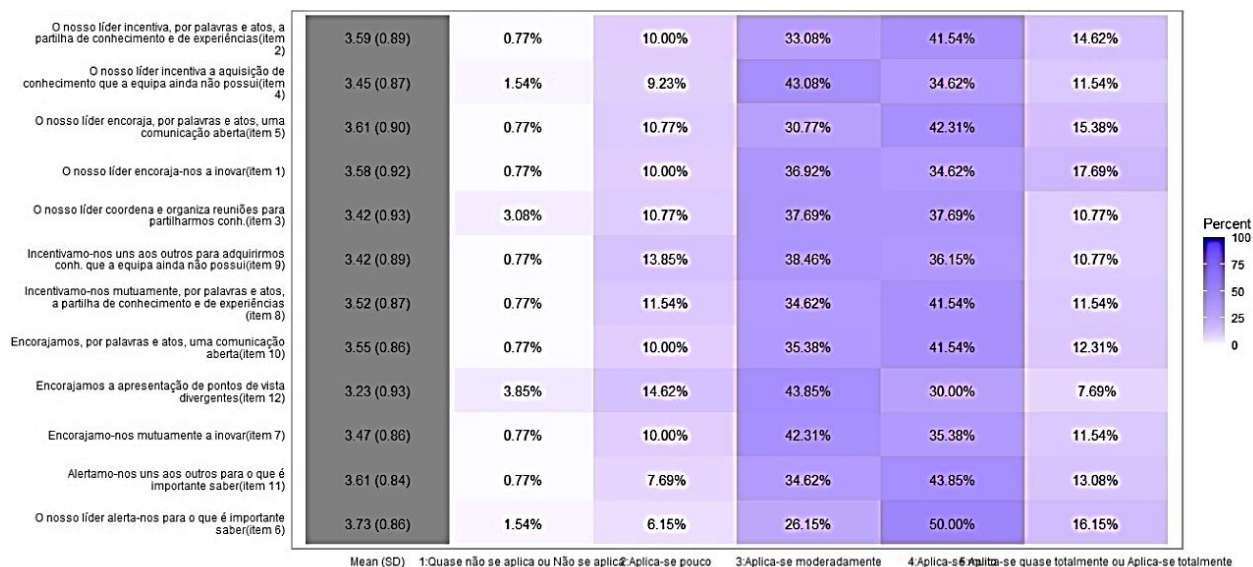


Gráfico 43: Distribuição percentual das respostas por item na escala catalisadores do conhecimento líder e equipa.

Da observação atenta do gráfico 44 por item, constata-se uma relativa uniformidade das respostas considerando que o papel do líder e da dinâmica da equipa são muito importantes. Os scores das afirmações relativas ao líder (itens 1 a 6) encontram-se com o score positivo mais elevado. No entanto o score referente aos itens relativos à dinâmica da equipa (itens 7 a 12) como catalisador da gestão do conhecimento surgem com três itens nos primeiros seis mais valorizados e com uma valorização semelhante àquela atribuída ao líder. De salientar também o elevado número de respostas na zona neutra da escala (25 a 44 % das respostas).

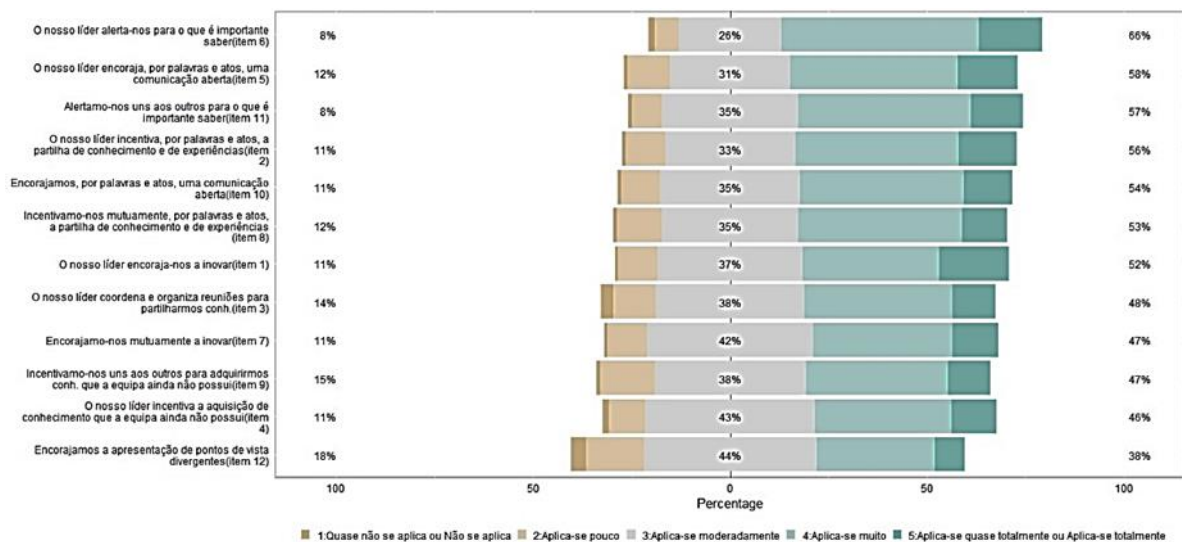


Gráfico 44: Distribuição percentual das respostas desfavoráveis, neutras e favoráveis por item na escala catalisadores do conhecimento líder e equipa

Constata-se uma homogeneidade as respostas podendo-se afirmar que os respondentes consideram um papel igualmente importante como catalisador do conhecimento ao líder e à dinâmica da própria equipa

Recorremos a dois gráficos (45 e 46) onde se ilustram em separado as duas subdimensões da dimensão catalisadores por forma a “iluminar” a tendência dos dados. Na subdimensão líder (gráfico 45), verifica-se uma homogeneidade nas respostas com uma tendência de respostas favoráveis, onde os respondentes consideram que estas se aplicam de “moderadamente” a “quase totalmente ou totalmente” ao seu líder.

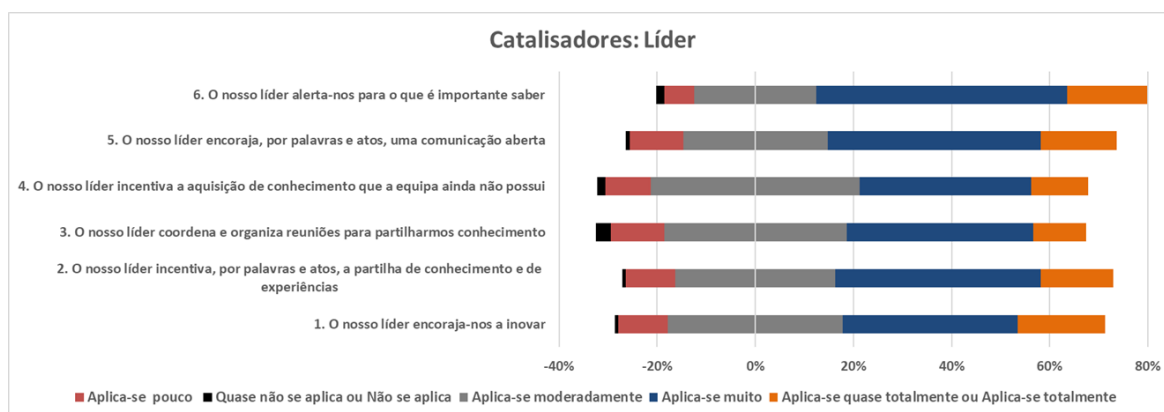


Gráfico 45: Distribuição percentual das respostas desfavoráveis, neutras e favoráveis por item na escala catalisador do conhecimento líder.

Os respondentes na subdimensão equipa (gráfico 46) consideram que o encorajamento da apresentação de pontos de vista divergentes (item 12), se aplica moderadamente ao seu contexto de equipa sendo o score mais baixo da secção da escala catalisadores “líder e equipa” e contrariando a tendência geral da escala da dimensão, sendo o seu score responsável pela mediana mais baixa nesta dimensão relativamente à subdimensão líder e total da escala (Cf. Gráfico 42)

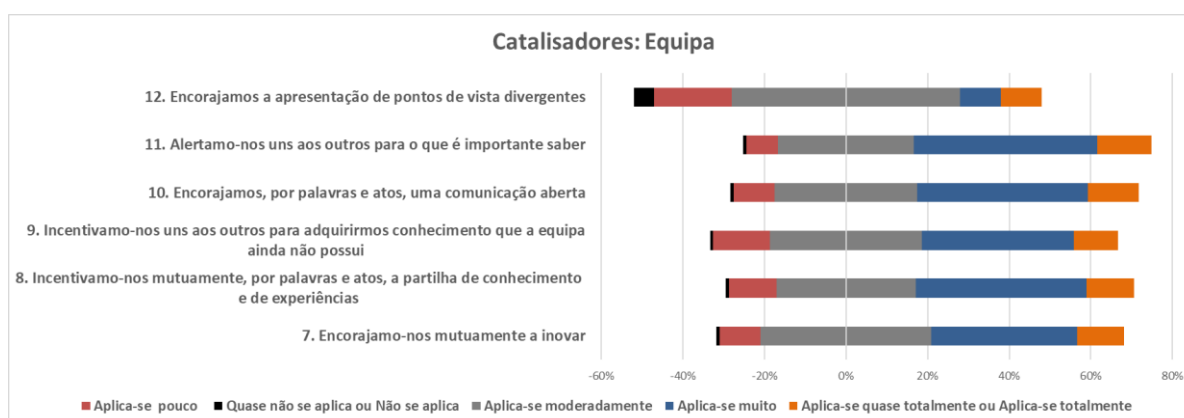


Gráfico 46: Distribuição percentual das respostas desfavoráveis, neutras e favoráveis por item na escala catalisador do conhecimento equipa.

A concluir podemos afirmar que os dados indiciam que estas equipas consideram a liderança e a dinâmica da equipa com um papel relevante nos processos de conhecimento, apesar de ao nível da equipa o encorajamento da apresentação de pontos de vista divergentes surja com uma tendência que contraria a tendência geral da subdimensão e da secção da escala catalisadores líder e equipa.

Catalisadores: a organização

A análise da subdimensão “organização, (gráfico 47) surge com a mediana de 2 (“aplica-se pouco”) com uma localização de 50% dos dados entre 1 (“quase não se aplica ou não se aplica”) 2 (“aplica-se pouco”) .

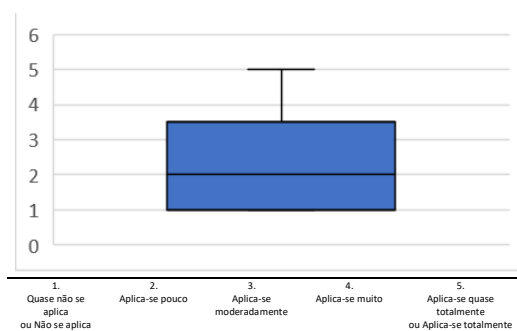


Gráfico 47: Gráfico caixa de bigodes da distribuição catalisador organização

O mapa de cores (gráfico 48) revela maior saturação de respostas da maioria dos itens da escala na opção “aplica-se pouco”; de salientar que os itens 5 (“financiamento do desenvolvimento dos seus colaboradores”) e 1 (“sistema de incentivos que recompense quem partilha o seu conhecimento”) tem mais de 50 % (50,77% e 53,08 %, respetivamente) na opção “quase não se aplica ou não se aplica”. Todas as respostas têm um sentido desfavorável, considerando os respondentes que as afirmações desta subdimensão não se aplicam à sua organização.



Gráfico 48: Distribuição percentual das respostas por item na escala catalisador do conhecimento organização.

A representação gráfica das respostas às afirmações da escala catalisadores - organização (gráfico 49) demonstra o elevado sentido desfavorável das respostas (68 % a 92%), ou seja, de discordância com as afirmações da escala. Os respondentes consideram que estas se “aplicam pouco” / “quase não se aplicam ou não se aplicam” à realidade da sua organização (HDS).

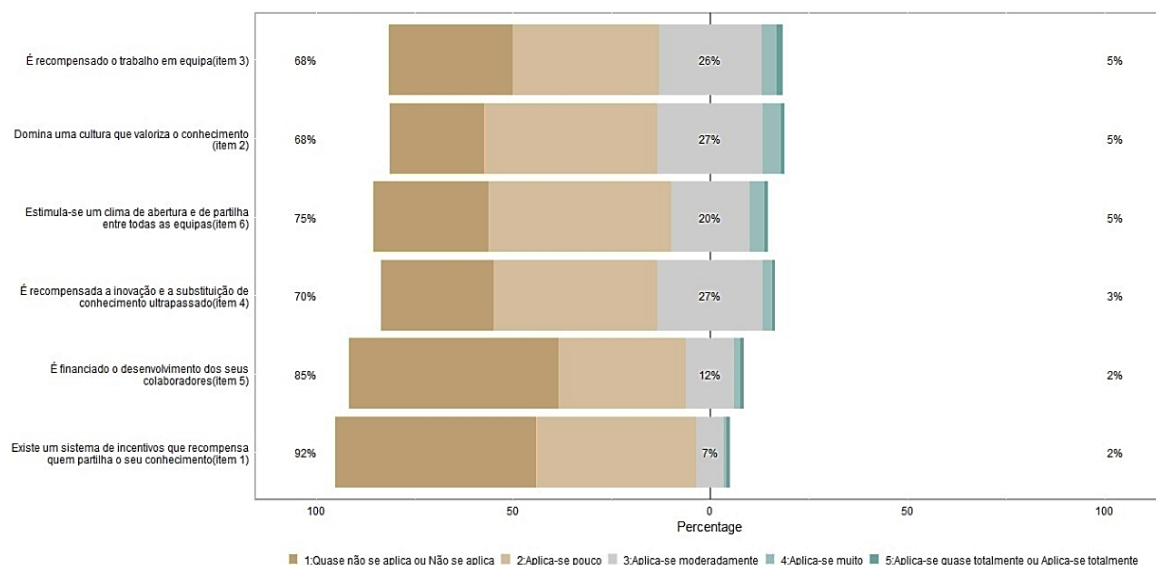


Gráfico 49: Distribuição percentual das respostas desfavoráveis, neutras e favoráveis por item da escala catalisador do conhecimento organização.

A análise das respostas nesta subdimensão aponta para que existam diferenças na valorização do papel dos catalisadores (organização, equipa, líder) na gestão do conhecimento. No sentido de aprofundar mais qual a relevância estatística dos dados apurados foi realizado o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis (teste á hipótese 5⁹) no sentido de verificar se os valores medianos da valorização do papel dos catalisadores (organização, equipa, líder) na gestão do conhecimento são iguais (hipótese nula). Com base no teste de Kruskal-Wallis (estatística de teste=199,470; graus de Liberdade=2, valor-p=0) conclui-se pela **rejeição da nossa hipótese nula** (Ho) para um nível de significância alfa=5% (ver anexo XII), ou seja: podemos afirmar que **existe pelo menos um par** onde os valores medianos da valorização do papel dos catalisadores (organização, equipa, líder) na gestão do conhecimento **é distinto**. Posteriormente, recorreu-se às a comparações múltiplas (análise *post hoc*), com o teste de Bonferroni (ver quadro nº 11). Da sua leitura conclui-se que os **únicos pares cujos valores medianos não são distintos referem-se aos da equipa vs. líder**, considerando um nível de significância alfa=5%.

Comparações múltiplas: Catalisadores					
Amostra 1-Amostra 2	Estatística de teste	Erro padrão	Estatística de teste padrão	Sig.	Sig. Ajustada ^a
Organização-Equipa	160,984	13,600	11,837	,000	,000
Organização-Líder	171,230	13,600	12,591	,000	,000
Equipa-Líder	-10,246	13,600	-,753	,451	1,000

Cada linha testa a hipótese nula de que as distribuições da Amostra 1 e da Amostra 2 são iguais. Significações assintóticas (testes bilaterais) são exibidas. O nível de significância é ,05.

a. Os valores de significância foram ajustados pela correção de Bonferroni para vários testes.

Quadro 11:: Comparações múltiplas na dimensão Catalisadores do conhecimento.

⁹ **Hipótese 5:** Existem diferenças na valorização do papel dos catalisadores (organização, equipa, líder) na gestão do conhecimento

5- DISCUSSÃO DE RESULTADOS

O presente estudo teve como objetivo principal, Compreender as práticas de gestão do conhecimento de equipes de enfermeiros no Hospital Distrital de Santarém, EPE. Procedemos assim à discussão dos resultados já apresentados face aos objetivos específicos tendo como referência o modelo de Cardoso (2007) para a gestão do conhecimento ao nível organizacional, adaptado ao nível grupal por Cardoso e Peralta (2011) e enquadrado nos aspetos conceptuais dos padrões de conhecimento em enfermagem de acordo com Carper (1978) e Chinn & Kramer (2017).

Processo de criação e aquisição de conhecimento

Os resultados apurados permitem constatar que as equipas estudadas privilegiam maioritariamente os processos de criação e aquisição de conhecimento por via interna, com os resultados desta subdimensão da escala a salientarem um sentido favorável (61 a 80 % dos respondentes consideram que se “aplica muito”, “quase totalmente ou totalmente à sua realidade”). Nesta subdimensão verifica-se que a proposição de novas ideias constitui a vertente menos valorizada uma vez que existe uma maior proporção de respostas neutras (43%) e de sentido desfavorável (27%) face a outras atividades mais valorizadas no sentido favorável como o reconhecimento do conhecimento individual (72%), a aprendizagem com os erros (80%), a aprendizagem ao longo do processo de criação do conhecimento (78%) e o trabalho cooperativo como forma de criação e aquisição de conhecimento (61%). Resultados que se encontram em linha com a teoria de Salas et al. (2005) visto emergir assim a capacidade da equipa de ajustar as suas estratégias, alterar o curso da ação com base nas informações colhidas a partir do ambiente, adotando em consequência um comportamento de ajuda aos outros membros na realização das suas tarefas e realocação de recursos.

Nesta subdimensão ressalta, na nossa perspetiva, a importância do padrão **emancipatório do conhecimento em enfermagem** na criação e aquisição de conhecimento, uma vez que este conhecimento exige que o enfermeiro reflita conscientemente sobre a ação e na ação, antevendo as suas implicações, com o intuito de contribuir para a melhoria da prática futura (Chinn & Kramer, 2017).

A nossa convicção inicial da existência de correlação entre a criação e aquisição interna e a criação e aquisição externa do conhecimento na equipa, convertida em **hipótese de estudo**¹⁰, foi sujeita a estatística de teste que revelou uma **correlação positiva** (Rô de Spearman = 0,617) moderada (Hinkle D.E, Wiersma W, 2003, ver anexo XIII) entre a criação e aquisição de conhecimento interna e externa **estatisticamente significativa** ($p \leq 0.000$), (ver anexo XII). Este resultado aponta-nos para que a valorização da criação e aquisição interna do conhecimento seja acompanhada pela valorização da criação e aquisição externa por parte da equipa, ou seja quando um resultado está acima da média numa subdimensão espera-se que também esteja na outra subdimensão. Em termos práticos significa que apesar de uma maior valorização dos processos de criação e aquisição de conhecimento por via interna os processos de valorização externa são também valorizados como importantes e as suas diferenças não são estatisticamente significativas.

¹⁰ **Hipótese 1:** Existe correlação entre a criação e aquisição interna e a criação e aquisição externa do conhecimento na equipa

Processos de atribuição de sentido ao conhecimento

Os processos influenciados pelas características dos elementos da equipa relacionados com a compreensão/sentido a que estes atribuem aos acontecimentos organizacionais constituem a **atribuição de sentido ao conhecimento**. Verifica-se que os respondentes consideram que estes processos se “aplicam moderadamente” (32 a 40%) ou se “aplicam muito ao seu contexto” (36,2 a 48,5%). No contexto global da dimensão, a tendência dos respondentes é no sentido favorável (42 a 61%), com unicamente 7 a 19 % das respostas no sentido desfavorável. Os respondentes manifestam que no seu contexto são realizadas no mínimo de uma forma moderada os processos que atribuem sentido ao conhecimento. Na nossa conceção, os seres humanos são criadores de significado, e sentido, ao procurarem através do fruto de um processo de abstração reflexiva organizar e generalizar as suas experiências de uma forma simbólica. Este processo exige do enfermeiro a mobilização dos padrões de conhecimento da profissão. Concordamos com Chinn & Kramer (2017) que descrições e teorias formais usadas para transmitir conhecimento empírico refletirão apenas parcialmente o todo. Quando são ultrapassados os limites tradicionais deste saber e se procura representar o conhecimento através dos padrões estético, ético, pessoal e emancipatório é possível transmitir uma visão mais completa do conhecimento da enfermagem, e diríamos nós **atribuir-lhe o necessário sentido**. Na valorização dada às afirmações relativas à atribuição de sentido na escala infere-se que os enfermeiros mobilizam o **padrão emancipatório** presente nos itens 7. (*“Procuramos alinhar as nossas ações com os objetivos da equipa”*); 1. (*“Refletimos sobre os nossos sucessos e/ou insucessos”*); 4. (*“Para tomar decisões dialogamos e/ou refletimos criticamente sobre os resultados anteriores alcançados”*) com 61%, 46% e 42% respetivamente, uma vez que existe reflexão consciente sobre a ação e na ação, antevendo as suas implicações, com o intuito de contribuir para a melhoria da prática futura (Chinn & Kramer, 2017); mobilizam o **Padrão pessoal** presente no item 5 (*“Temos de desaprender alguns hábitos antigos para fazer melhor”*) com 56 % uma vez que este conhecimento em enfermagem é relativo à experiência interior do indivíduo com o sentido de tornar-se um Eu total, consciente e genuíno (Carper, 1978; Chinn & Kramer, 2017); mobilizam o **Padrão ético** presente no item 6 (*“Dialogamos sobre as regras que regulam o nosso funcionamento”*) com 55% porque este envolve esclarecer valores conflitantes e explorar interesses, princípios e ações alternativos; mobilizam o **padrão estético** presente nos itens 2 (*“Analisamos criticamente as nossas rotinas, ações e formas de fazer as coisas”*) e 3 (*“Procuramos perceber o significado de cada novo projeto”*) com 48% e 45 % respetivamente uma vez que este padrão envolve uma apreciação do significado de uma situação e requer recursos internos que transformam a experiência no que ainda não é real, manifestando algo que de outra forma não seria possível (Carper, 1978; Chinn & Kramer, 2017); **mobilizam em toda a dimensão o padrão emancipatório** do conhecimento em enfermagem uma vez que este fundamenta-se na reflexão crítica com o objetivo de identificar as desigualdades nas instituições sociais e políticas, bem como na necessidade de identificar as crenças culturais e valores necessários mudar no sentido da criação de condições justas para todos os atores institucionais. Também é relevante para a atribuição de sentido ao conhecimento o contributo que este padrão oferece ao favorecer a compreensão da dinâmica do poder que cria o conhecimento; e ao favorecer também a compreensão dos contextos sociopolíticos que o moldam e que influenciam as suas epistemologias prevalentes (Chinn & Kramer, 2017).

Nesta dimensão colocámos como **hipótese**¹¹ a existência de correlação entre a atribuição de sentido ao conhecimento e os catalisadores do conhecimento. Verificámos que existe uma correlação não paramétrica moderada positiva entre os processos de atribuição de sentido ao conhecimento e a valorização do papel atribuído há equipa (coeficiente 0,486), e ao líder (coeficiente 0,357), onde estes surgem com um papel de maior influência nos processos de atribuição de sentido ao conhecimento pela própria equipa. Traduzindo esta ideia de uma forma mais direta, quanto maior a valorização do papel de catalisador da equipa, e do líder, maior a valorização dos processos de atribuição de sentido ao conhecimento. Os resultados indiciam que a organização tem um contributo menor; uma correlação negligenciável (coeficiente 0,235), entre esta e os processos de atribuição de sentido ao conhecimento. Os resultados indicam que a equipa e a relação desta com o líder são o “fermento maior” para a criação de sentido ao conhecimento, onde a organização como um todo parece desempenhar um papel secundário. Estes resultados levam-nos a concluir que a relação de proximidade com o catalisador líder e equipa facilita o papel de atribuição de sentido, ou seja, a proximidade das interações facilitam este papel.

Partilha e difusão do conhecimento

Os processos que possibilitam que o conhecimento da equipa se propague no seu seio e dissemine também para o seu exterior constitui a partilha e difusão do conhecimento. A partilha e difusão de modo deliberado, através da ação explícita constitui a sua **subdimensão intencional**. Verificou-se que os respondentes consideravam que estes processos se aplicavam no mínimo moderadamente ao seu contexto, salientando-se que as atividades que implicassem a partilha de conhecimento com outros grupos do hospital (76%), ou mesmo o recurso a peritos externos à equipa (37%) são consideradas como se “aplicando pouco”, “quase não se aplicam ou mesmo não se aplicam” à sua realidade. As atividades que implicam partilha no seio da equipa são as que os respondentes consideram que se “aplicam muito”, “quase totalmente, ou mesmo totalmente” ao seu contexto (45 a 59%). Na nossa perspetiva, estes resultados traduzem um funcionamento das equipas pouco aberto à partilha de conhecimento de forma intencional com o seu exterior, facto explicado pela circunstância de a motivação para a sua partilha além das suas fronteiras ser inversamente proporcional à importância que tem como recurso fundamental para a competitividade das organizações, equipas e indivíduos (Cardoso, 2008, Cardoso et al., 2003).

A partilha e difusão de forma **não intencional** envolvendo nestes processos o conhecimento fundamentalmente de natureza tácita foram os que recolheram uma maior aprovação (51 a 59%) pelos respondentes como sendo aqueles que diziam respeito à sua realidade. As atividades informais, de descontração, em intervalos laborais ou no final do trabalho (59%) são aquelas que os respondentes consideram de maior interação e partilha, e são “indicadores da importância atribuída à interação e à prática discursiva para a criação e partilha do conhecimento” (Cardoso, 2007, p. 309). Este resultado associado ao valor elevado no sentido favorável na vertente intencional, explícita, das atividades de partilha de experiências (48%), do saber fazer (45%), em reuniões formais, dá-nos o retrato de que as equipas privilegiam a interação face a face, de discussão e diálogo para fazer fluir o conhecimento através de dois tipos de redes (formais e informais) que incrementam o processo de transferência da informação e conhecimento (Cardoso, 2008; Cardoso et al., 2003). De salientar que metade dos respondentes consideram que nas suas

¹¹ **Hipótese 6:** Existe correlação entre a atribuição de sentido do conhecimento e os catalisadores de conhecimento.

equipas o conhecimento tácito, único, associado à experiência pessoal, dos elementos que saem da equipa não é transferido de forma eficaz para a memória da equipa.

Os resultados revelam uma **maior valorização dos processos não intencionais de partilha e difusão do conhecimento** evidenciando através do coeficiente de correlação de Spearman (**teste à hipótese 2** ¹²) existência de uma correlação positiva fraca (coeficiente=0,347), estatisticamente significativa (valor-p=0,000), entre a partilha e difusão intencional e não intencional do conhecimento com uma implicação prática no sentido em que a valorização da vertente intencional acompanha no mesmo sentido a vertente não intencional, apesar desta última ser mais valorizada. Este resultado do teste estatístico permite concluir que ambos os processos de partilha e difusão são valorizados e importantes não sendo as suas diferenças estatisticamente relevantes.

Memória da equipa

A memória da equipa sustenta e modela o património de conhecimento do grupo podendo estar orientada para o interior em três vertentes, uma **intencional**, outra **explícita** (procedimentos, rotinas, etc.) e outra **tácita** (teorias, filosofias cultura de equipa, etc.); ou para o **exterior** (reputação e imagem que a equipa projeta para fora das suas fronteiras através da interação com outros contextos ou pelas mensagens que emite).

Os respondentes demonstram que a dinâmica do conhecimento nas suas equipas relativamente ao seu armazenamento é globalmente valorizada e exercida com uma preponderância dos processos de **memorização interna tácita** (48 a 68% de respostas no sentido favorável). Esta constitui o conhecimento armazenado pelos elementos da equipa, que referem como importante saber agir intuitivamente na equipa (68%), fundamentado num conjunto de valores, princípios e símbolos (63%), que possibilitam uma comunicação e interação compreensível para todos (65%), o que está de acordo com Salas et al. (2005) relativamente à dinâmica de funcionamento das equipas e com Cardoso et al. (2003), uma vez que o processo individual de construção do conhecimento é complexo e difícil, podendo ocorrer de forma inconsciente ou automática, embora suportado por processos psicológicos conscientes mediados por regras.

A **subdimensão memorização interna tácita** do conhecimento tem também uma especial relevância na importância dada pelos respondentes aos aspetos organizativos da equipa que privilegiem a confiança mútua (55%), a estratégia comum (48%), e que a natureza do conhecimento de cada um seja facilitadora consecução dos objetivos coletivos acordados (58%). O que está de acordo com Salas et al. (2005) como sendo dimensões essenciais para o trabalho em equipa.

A **subdimensão memorização interna intencional** é moderadamente valorizada com respostas dispersas (variando de 13 a 67% no sentido favorável e de 5% a 49 % no sentido desfavorável) nas suas vertentes. Contrariando esta tendência geral da subdimensão é dada pelos respondentes muita importância aos aspetos da formalização de procedimentos e rotinas para o desenvolvimento do trabalho que são referidos como muito usados (67% no sentido favorável). Estes resultados estão em consonância com os de Cardoso (2008) quando verificou que os processos de gestão do conhecimento se circunscrevem muitas vezes aos que são formalmente instituídos e de natureza maioritariamente explícita.

Nesta subdimensão verificámos também que o uso de relatórios de contas e de qualidade são referidos como não se encontrando disponíveis (49% no sentido desfavorável). Consideramos

¹² **Hipótese 2:** Existe correlação entre a partilha e difusão intencional e não intencional do conhecimento;

este facto relevante por revelar um desconhecimento cuja causa é pertinente apurar, uma vez que os relatórios de contas dos hospitais E.P.E. são públicos.

A **subdimensão memória externa** da equipa é valorizada no sentido favorável variando de 40 a 63% de aprovação nos itens desta escala indiciando que estes processos se aplicam ao contexto das equipas, salientando-se a imagem projetada da equipa para o exterior (59%) e a identificação na instituição como uma equipa com características específicas (63%), sobressaindo assim o sentido coletivo, que engloba os fatores de coesão de grupo e a perceção compartilhada de que os membros executem as ações necessárias ao interesse da equipa (Salas et al., 2005).

Conclui-se com o teste de Kruskal-Wallis ¹³ (estatística de teste=11,871, graus de liberdade =2, valor-p=0,003) e com a análise post hoc, que os pares de valores medianos distintos da valorização dos **processos de memorização** do conhecimento na equipa localizam-se nas vertentes interna intencional vs. interna tácita e externa vs. interna tácita. No entanto existe uma valorização semelhante da vertente **interna intencional** da memória e a **vertente externa**, com uma relação estatisticamente significativa (análise post hoc com estatística de teste=6,930, valor-p ajustado = 1,000), o que implica que as equipas valorizam os processos de memorização interna intencional constituída pelos “procedimentos e rotinas, bem como pelos produtos desenvolvidos e serviços que a equipa presta, que se encontram imbuídos de conhecimento relativo a competências nucleares, distintivas e por vezes únicas” (Cardoso, L; Peralta, 2011, p. 81); e valorizam a reputação e imagem que projetam para o exterior. Salienta-se que surge com maior valorização os aspetos instrumentais do conhecimento, aqueles que são o produto do conhecimento da equipa; aqueles que permitem a sua visualização através dos comportamentos e produtos criados pela equipa.

Processos de recuperação e utilização do conhecimento

Os processos utilizados pela equipa no sentido de resgatar o conhecimento anteriormente armazenado na memória da equipa constitui a **recuperação e utilização do conhecimento**. Estes processos revestem de três dimensões: recuperação controlada, consciente e alicerçada na reflexão e questionamento do contexto; a recuperação automática, que engloba fundamentalmente conhecimento tácito, cuja ação está baseada nos valores e princípios da cultura da equipa/organização; e a utilização do conhecimento, que engloba a vertente instrumental da recuperação do conhecimento associada ao desenvolvimento de processos, procedimentos e dinâmica da ação.

Na **recuperação controlada do conhecimento** verifica-se que os seus processos são na sua globalidade de utilização moderada (42 a 45 % de respostas na zona neutra) à exceção dos aspetos de recuperação do conhecimento fruto da reflexão da equipa (62%) e das melhores práticas da instituição (51%) que são muito valorizados estando desta forma alinhados com Salas et al. (2005) ao definirem como componente chave do trabalho em equipa, a este nível, a capacidade de ajustar as estratégias e atribuição de recursos de acordo com as informações colhidas fundamentadas em modelos mentais partilhados. O compartilhamento destes modelos mentais produtos da reflexão da equipa envolve a perceção da abstração particular a partir da abstração da totalidade das situações que é a característica fundamental inerente ao **conhecimento Estético** (Carper, 1978; Chinn & Kramer, 2017).

¹³ *Teste á Hipótese 3: Existe diferença na valorização dos processos de memorização do conhecimento (memória interna tácita, memória interna intencional; memória externa) na equipa;*

Na **vertente automática** da recuperação do conhecimento verifica-se que os processos que indicem de alguma forma uma recuperação do conhecimento sem uma intervenção, consciente e ativa por parte dos indivíduos não são valorizados. No entanto os processos que indiciam a mobilização inconsciente de valores (65%) ou a mobilização inconsciente de conhecimento decorrente da interação ativa entre os elementos da equipa (72%) são valorizados e de utilização mais elevada, em consonância com Salas et al. (2005) que refere a importância dos modelos mentais compartilhados, que se constituem como modelos conceptuais comuns na dinâmica das equipas. Manifesta-se aqui o **padrão ético** de conhecimento em enfermagem na valorização destas afirmações, presente na preocupação com o que é correto e com o que é responsável; manifesta-se também nesta valorização em interação com o padrão ético, o **padrão estético** uma vez que este implica o autoconhecimento e o heteroconhecimento na relação com os outros.

A **utilização do conhecimento** referente aos processos instrumentais da sua recuperação surge como aquela de utilização mais elevada pela equipa (83 a 93%), onde constam os itens 10 (*"O nosso conhecimento é útil para o nosso trabalho"*), 96%; 9 (*"O nosso conhecimento melhora o nosso desempenho"*), 95%; 14 (*"O nosso conhecimento torna a equipa mais eficaz"*), 92%; 17 (*"O nosso conhecimento melhora a qualidade do que fazemos"*), 90%; 13 (*"O nosso conhecimento aumenta a nossa produtividade"*), 87%; 7 (*"O nosso conhecimento vê-se na nossa prestação de cuidados"*), 83%. Estes resultados podem ser explicados pela constatação de Cardoso et al. (2003) de que o objetivo do conhecimento mais valorizado constitui a sua natureza orientada para a ação, ou seja, este é valorizado pelas organizações porque facilita a tomada de decisão, a resolução de problemas e o exercício eficaz da liderança. Estes resultados também se encontram em consonância com o modelo de Salas et al. (2005) que conceptualiza o trabalho em equipa e o seu desempenho.

Na **utilização do conhecimento** revela-se o **padrão emancipatório** do conhecimento em enfermagem pela sua vertente de reflexão sobre a ação e na ação (Chinn & Kramer, 2017) ; revela-se também nos seus processos o **padrão Estético** pela consciência da situação imediata, focada na ação prática presente, incluindo a consciência do objeto dos cuidados de enfermagem e das suas circunstâncias de vida (Carper, 1978; Chinn & Kramer, 2017); revela-se o **padrão de conhecimento pessoal** entendido como **uma compreensão** realizada pelo sujeito que conhece a partir de conhecimento prévio acumulado na memória. (Schultz & Meleis, 1988 como citados por Cestari, 2003); revela-se novamente o **padrão estético** no sentido em que no seu exercício diário os enfermeiros necessitam formular objetivos adequados aos cuidados adequados aos utentes fundamentados no que é adequado para a situação (Cestari, 2003)

Os respondentes relativamente à dinâmica do conhecimento nas suas equipas em termos da sua **recuperação**, valorizam os processos de recuperação controlada que são reconhecidos como de maior utilização face aos processos automáticos que são valorizados de forma mais moderada. No entanto o teste de Kruskal-Wallis¹⁴ (estatística de teste 132,531, graus de Liberdade=2 Valor $p=0,000$) permitiram verificar que os únicos pares cujos valores medianos não são distintos referem-se aos processos de recuperação (automática vs controlada com estatística de teste post hoc=-30,926, valor-p ajustado=0,060, nível de significância=0,05) pelo que se conclui que a recuperação do conhecimento tem uma valorização semelhante nas suas duas dimensões, não sendo estatisticamente significativas estas diferenças na sua valorização. Na vertente automática de recuperação do conhecimento, os processos inconscientes de mobilização de valores ou de conhecimento decorrente da interação ativa entre os elementos da equipa são os mais valorizados pelos respondentes como sendo importantes na sua equipa. Esta mesma estatística de teste permitiu também verificar que a valorização da **subdimensão utilização do conhecimento** é

¹⁴ Teste à **Hipótese 4**: Existe diferença entre a recuperação e utilização do conhecimento na equipa

diferente, e que esta se apresenta com os scores mais elevados na dimensão em relação às outras subdimensões. Verificou-se nesta subdimensão que valores medianos são distintos quando emparelhados com as outras subdimensões, **pelo que se comprovou uma das hipóteses do estudo** quando se defendeu que existe diferença entre a recuperação e utilização do conhecimento na equipa, onde a utilização do conhecimento é mais valorizada.

Globalmente os processos de **recuperação e utilização do conhecimento** são considerados de aplicação elevada ao contexto da sua equipa, salientando-se que a equipa considera de extrema utilidade o conhecimento da própria equipa, e dos seus elementos, para o desenvolvimento do seu trabalho, sendo que é rejeitado a ideia de que este seja realizado sem pensar no conhecimento que está a ser utilizado o que se encontra em consonância com os achados de Cardoso (2008) que sustenta empiricamente que os processos centrados num conhecimento explícito são os mais relevantes em termos de gestão do conhecimento ao nível organizacional. O teste de Kruskal-Wallis e a análise post hoc permitiram verificar uma igualdade nos valores medianos da valorização nos processos de recuperação controlada e automática do conhecimento, donde se conclui que na recuperação do conhecimento ambos têm um papel equilibrado no processo, mas que a subdimensão utilização do conhecimento tem uma valorização distinta com valores medianos mais elevados em relação à mediana da dimensão.

Catalisadores

O objetivo **“Distinguir o papel dos catalisadores do conhecimento da equipa de enfermeiros no Hospital Distrital de Santarém, EPE”** refere-se ao papel do líder, dos membros da equipa e da organização como elementos com potencial para otimizar as diferentes atividades relativas a cada dimensão da gestão do conhecimento. A existência de uma cultura promotora do conhecimento e da inovação, assim como da comunicação clara, são fatores facilitadores de uma gestão do conhecimento eficaz.

Constata-se um equilíbrio nas respostas podendo-se afirmar que os respondentes consideram um papel igualmente importante como catalisador do conhecimento papel do líder (53 a 66%) assim como a dinâmica da própria equipa (38 a 52%), sendo que nesta o único ponto em que esta surge com um score menor é no aspeto de encorajamento de opiniões divergentes (38%).

Apurou-se que o líder tem um papel importante (com scores acima dos 50% de respostas no sentido favorável) ao nível do alerta para o *“que é importante saber”* (66%), no encorajamento *“por palavras e atos”* a uma comunicação aberta (58%); no incentivo a uma partilha de conhecimento e experiências (56%) e também no encorajamento à inovação (52%). Verifica-se ao nível da equipa que são valorizados os mesmos itens que para o líder incentivo na partilha de conhecimentos e experiências, 53%; Encorajamento de comunicação aberta, 54% e alerta para o que é importante saber, 57%. O papel do líder e equipa está de acordo com o que Salas et al. (2005) consideram como elementos-chave para o trabalho em equipa, assim como Cardoso e Peralta (2011) ao considerarem este como um dinamizador dos processos de gestão de conhecimento. A concluir podemos afirmar que os dados indiciam que estas equipas consideram a liderança e a dinâmica da equipa com um papel relevante nos processos de conhecimento, apesar de ao nível da equipa o encorajamento da apresentação de pontos de vista divergentes surgir com uma tendência que contraria a tendência geral da dimensão e da secção catalisadores líder e equipa, o que pode na nossa perspetiva indiciar aspetos da cultura das equipas e/ou instituição que terão de ser apurados por outros estudos empíricos.

Na dimensão catalisadores na sua **subdimensão da organização** verifica-se que os respondentes consideram que o papel da instituição na gestão do conhecimento entendida como

“a criação e desenvolvimento das condições organizacionais internas que catalisam todos os processos relacionados com o conhecimento (sua criação/aquisição, partilha/difusão, armazenamento, recuperação, etc.) no sentido da consecução dos objetivos da organização” (Cardoso, 2008, p. 171,172) se “efetiva pouco ou quase não se efetiva” à sua realidade com respostas no sentido desfavorável de 68 a 92%. Concluindo-se que **na percepção dos respondentes a organização não constitui um facilitador dessa gestão** uma vez que para os respondentes não existe um sistema de incentivos que recompensa quem partilha o seu conhecimento (92%); Não é financiado o desenvolvimento dos seus colaboradores, 85% ; não se Estimula um clima de abertura e de partilha entre todas as equipas, 75%; não é recompensada a inovação e a substituição de conhecimento ultrapassado, 70% ; não é recompensado o trabalho em equipa, 68%; não domina uma cultura que valoriza o conhecimento, 68%. Os valores das respostas na vertente institucional exteriorizam na nossa perspetiva a natureza emancipatória do conhecimento em enfermagem uma vez que este se manifesta pela consciência dos problemas sociais e pelo envolvimento dos enfermeiros nas ações tendentes a contribuir para a solução dos problemas e contribuir para os processos de mudança (Chinn & Kramer, 2017).

Nesta dimensão os resultados apontam para uma valorização distinta do papel de cada um dos catalisadores (organização, equipa, líder) na gestão do conhecimento. Com base no teste de Kruskal-Wallis ¹⁵ (estatística de teste=199,470; graus de Liberdade=2, valor-p=0) conclui-se que **existe pelo menos um par** onde os valores medianos da valorização do papel dos catalisadores (organização, equipa, líder) na gestão do conhecimento **é distinto**. O recurso às comparações múltiplas (análise *post hoc*), com o teste de Bonferroni (ver quadro nº 11, pag. 84) permite concluir que os **únicos pares cujos valores medianos não são distintos referem-se aos da equipa vs. líder**, (alfa=5%). Em termos práticos significa que são estes catalisadores que são mais valorizados como tendo uma maior influência nos processos da gestão do conhecimento.

¹⁵ *Teste à Hipótese 5: Existem diferenças na valorização do papel dos catalisadores (organização, equipa, líder) na gestão do conhecimento*

6- CONCLUSÃO

Esta dissertação de mestrado assumiu como **objetivo** compreender as práticas de gestão do conhecimento da equipa de enfermeiros no Hospital Distrital de Santarém, EPE. Para tal foi usado um modelo de análise desenvolvido com base na adaptação para o contexto grupal do modelo de gestão do conhecimento de Cardoso (2008) criado para o nível organizacional.

O **trabalho empírico** envolveu a utilização do instrumento Gestão do Conhecimento em Equipas para a colheita de dados no contexto da investigação permitindo avaliar as seis dimensões e as catorze sub-dimensões associadas à gestão do conhecimento segundo o modelo de Cardoso e Peralta (2011).

A análise dos resultados foi realizada a partir do modelo de pesquisa face aos objetivos propostos no estudo recorrendo à estatística descritiva considerando-se as medidas de tendência central (Moda, Mediana) e de dispersão (amplitude interquartil) que resumem a informação amostral. Este modelo de análise serviu também para validar e enquadrar os resultados da estatística de teste às hipóteses do estudo. A análise foi organizada segundo a lógica conceptual do modelo de pesquisa, desenvolvendo-se globalmente às seis dimensões da escala e analisando particularmente as suas 14 subdimensões. Foram também analisados de forma particular os itens que contrariavam a tendência geral da dimensão ou da subdimensão mobilizando o enquadramento teórico, nomeadamente os padrões de conhecimento em enfermagem.

Os **processos de gestão do conhecimento ao nível da sua criação e aquisição** pela equipa desenvolvem-se de forma moderada uma vez que os resultados, no global, revelam uma valorização moderada pelas equipas das atividades inerentes às duas subdimensões destes processos (interno e externo). Os resultados apurados a este nível permitem constatar que as equipas estudadas privilegiam maioritariamente os processos de criação e aquisição de conhecimento por via interna revelada através de todas as atividades potenciadoras da aprendizagem, e da criação de conhecimento no seio da equipa como a interação entre os seus elementos, através da colaboração e cooperação na resolução de problemas. Nesta dimensão manifesta-se o padrão **emancipatório do conhecimento em enfermagem** na criação e aquisição de conhecimento uma vez que este padrão de conhecimento exige que o enfermeiro reflita conscientemente sobre a ação e na ação, antevendo as suas implicações, com o intuito de contribuir para a melhoria da prática futura, assim como do contexto de cuidados (Chinn & Kramer, 2017). Este resultado é para nós pertinente e coerente com os aspetos conceptuais defendidos por Chinn & Kramer (2017) uma vez que este padrão assenta na reflexão crítica com o sentido de identificar as desigualdades que estão impregnadas nas instituições sociais e políticas, bem como na necessidade de identificar crenças culturais e valores que precisam de se transformar para criar as condições justas para todos os atores institucionais. Este padrão emancipatório requer uma compreensão da dinâmica do poder que cria o conhecimento e dos contextos sociopolíticos que moldam e influenciam as epistemologias prevalentes do conhecimento e do saber.

No início deste estudo colocávamos como hipótese a existência de correlação entre as duas subdimensões da criação e aquisição do conhecimento. O teste estatístico a esta hipótese revelou uma **correlação positiva** (Rô de Spearman = 0,617) moderada (Hinkle D.E, Wiersma W, 2003, ver anexo XII) entre a criação e aquisição de conhecimento interna e externa **estatisticamente**

significativa ($p \leq 0.000$), (ver anexo XII). Face a estes resultados concluímos que apesar de uma maior valorização dos processos de criação e aquisição de conhecimento por via interna a sua diferença de valorização não é estatisticamente relevante, implicando que ambas as vias são relevantes para a gestão do conhecimento. Os processos influenciados pelas características dos elementos da equipa relacionados com a compreensão/sentido que estes atribuem aos acontecimentos organizacionais constituem a **atribuição de sentido ao conhecimento**. Os respondentes consideram que estes processos se aplicam moderadamente ou se aplicam muito ao seu contexto, no entanto, no panorama geral da dimensão, a tendência é maioritariamente no sentido favorável pelo que a perceção é de que os processos de atribuição de sentido no seu contexto são relevantes para o processo de gestão do conhecimento.

Verificámos que existe uma **correlação significativa** entre os processos de **atribuição de sentido** ao conhecimento e a valorização do papel atribuído aos vários **catalisadores** do conhecimento (correlação 0,357, valor $p=0,000$ para o **líder** e correlação de 0,486 valor $p=0,000$ para a **equipa** o correlação de 0,235 valor $p=0,008$ para a organização). Verificámos quanto maior a valorização do papel da equipa, assim como do líder, como catalisador do conhecimento maior a valorização dos processos de atribuição de sentido ao conhecimento. Os resultados demonstram que o contributo da organização para a atribuição de sentido ao conhecimento é valorizado como menor, o que indicia que esta terá um contributo inferior nos processos de atribuição de sentido pela equipa. Este facto na nossa perspetiva, deve ser objeto de estudo futuro uma vez que será relevante compreender se isto acontece porque a **cultura organização** não favorece os processos de gestão do conhecimento ou se o contributo desta se verifica unicamente a um nível mais amplo, distante, sem interferência direta e perceptível nos processos ao nível da equipa.

A **atribuição de sentido** exige do enfermeiro a mobilização de todos os padrões de conhecimento da profissão. Concordamos com Chinn & Kramer (2017) quando sustentam que descrições e teorias formais usadas para transmitir conhecimento empírico refletirão apenas parcialmente o todo. Quando são ultrapassados os limites tradicionais deste saber, e se procura representar o conhecimento através dos padrões estético, ético, pessoal e emancipatório é possível transmitir uma visão mais completa do que é conhecimento da enfermagem, e diríamos nós **atribuir-lhe sentido**. Verificou-se que nesta dimensão os enfermeiros mobilizam o **padrão emancipatório, pessoal, ético e estético** porque para atribuir sentido ao conhecimento através dos processos referidos em Cardoso (2008) e Cardoso e Peralta (2011) é necessário responder às questões inerentes a cada padrão (*O que é o fenómeno? como funciona? conheço aquilo que faço? Faço o que conheço? Isto é correto? Isto é responsável? O que significa isto? Qual o seu grau de significância? Quem beneficia? Quais as barreiras à liberdade? Que medidas são necessárias? O que está errado no contexto?*) tal como definidas por Chinn & Kramer (2008). Pensamos que, num ponto de vista conceptual, nesta dimensão da gestão do conhecimento é onde estes padrões de conhecimento são mais evidentes pelo facto de contribuírem para a coerência do exercício profissional.

Na **partilha e difusão do conhecimento**, na sua **subdimensão intencional**, verificou-se que os respondentes consideravam que estes processos se aplicavam no mínimo moderadamente ao seu contexto, salientando-se que as atividades que implicassem a partilha de conhecimento com outros grupos do hospital ou mesmo o recurso a peritos externos à equipa são consideradas como se aplicando pouco, quase não se aplicam, ou mesmo, não se aplicam à sua realidade. As atividades que implicam partilha no seio da equipa são as que os respondentes consideram que se aplicam muito, quase totalmente, ou mesmo totalmente ao seu contexto. Verifica-se aqui um funcionamento das equipas pouco aberto à partilha do conhecimento de forma intencional com o seu exterior, facto explicado pela circunstância de que a motivação para a sua partilha além das

fronteiras de organizações, equipas e indivíduos ser inversamente proporcional à importância que este tem como recurso fundamental para a sua competitividade (Cardoso, 2008, Cardoso et al., 2003).

A partilha e difusão de forma **não intencional** envolvendo nestes processos o conhecimento fundamentalmente de natureza tácita foram os que recolheram uma maior aprovação pelos respondentes como sendo aqueles que diziam respeito à sua realidade. De salientar que metade dos respondentes consideram que nas suas equipas o conhecimento tácito, único, associado à experiência pessoal, dos elementos que saem da equipa não é transferido de forma eficaz para a memória da equipa facto também explicado pela importância que as organizações, equipas e indivíduos atribuem ao conhecimento como fator importante para sua competitividade.

Os respondentes demonstram que a dinâmica de conhecimento nas suas equipas em termos do seu **armazenamento** é globalmente valorizada e exercida com uma preponderância nos processos de **memorização interna tácita** o que está de acordo com Salas et al. (2005) e Cardoso et al. (2003) relativamente à dinâmica de funcionamento das equipas, uma vez que o processo individual de construção do conhecimento é complexo e difícil, podendo ocorrer de forma inconsciente ou automática, embora suportado por processos psicológicos conscientes mediados por regras. A **subdimensão intencional** é moderadamente valorizada com respostas dispersas nas suas vertentes à exceção da muita importância dada aos aspetos da formalização de procedimentos e rotinas para o desenvolvimento do trabalho, portanto numa perspetiva instrumental. A **subdimensão externa** também valorizada no sentido favorável indiciando que estes processos se aplicam à realidade das equipas sobressaindo o sentido coletivo, que engloba os fatores de coesão de grupo e a perceção partilhada de que os membros executem as ações necessárias no interesse da equipa (Salas et al., 2005).

Foi colocada a hipótese inicial da existência de correlação entre a subdimensão intencional e a subdimensão não intencional da dimensão partilha e difusão do conhecimento. Os resultados revelam uma **maior valorização dos processos não intencionais** (coeficiente de correlação de Spearman, correlação positiva fraca (coeficiente=0,347), estatisticamente significativa (valor-p=0,000), entre a partilha e difusão intencional e não intencional do conhecimento em que a valorização da vertente intencional acompanha no mesmo sentido a vertente não intencional, apesar desta última ser mais valorizada, ou seja ambos os processos de partilha e difusão são valorizados como importantes e as diferenças apuradas nesta valorização não são estatisticamente marcantes.

Na **subdimensão recuperação controlada do conhecimento** verifica-se que os seus processos são na sua globalidade de utilização moderada à exceção dos aspetos de recuperação do conhecimento fruto da reflexão da equipa, e das melhores práticas da instituição que são muito utilizados, e que estão alinhados com Salas et al. (2005) quando definiram como componente chave do trabalho em equipa, a este nível, a capacidade de ajustar as estratégias, e atribuição de recursos de acordo com as informações colhidas fundamentadas em modelos mentais partilhados. Na **subdimensão automática** da recuperação do conhecimento verifica-se que os processos que indicem de alguma forma uma recuperação do conhecimento sem uma intervenção, consciente e ativa por parte dos indivíduos são menos valorizados. No entanto os processos que indiciam a mobilização inconsciente de valores, ou a mobilização inconsciente de conhecimento decorrente da interação ativa entre os elementos da equipa, são valorizados, e de utilização mais elevada.

Com a metodologia estatística implementada foi possível verificar que a recuperação do conhecimento tem uma valorização semelhante nas suas duas subdimensões recuperação controlada e recuperação automática (par automática vs controlada com estatística de teste post

hoc=-30,926, valor-p ajustado=0,060, para um nível de significância=0,05) pelo que se conclui que na recuperação do conhecimento, globalmente, estão envolvidos de forma semelhante quer os processos conscientes e controlados, assim como os automáticos.

Esta mesma estatística de teste permitiu também verificar que a valorização da **subdimensão utilização do conhecimento** cujos os scores são os mais elevados na dimensão, são-no estatisticamente relevantes em relação às outras subdimensões. Verificou-se nesta subdimensão que valores medianos são mais elevados quando emparelhados com as outras subdimensões, **pelo que se comprovou uma das hipóteses do estudo** quando se defendeu que existe diferença entre a recuperação e utilização do conhecimento na equipa. A **utilização do conhecimento** referente aos processos instrumentais da sua recuperação surge como aquela de valorização estatisticamente mais relevante pela equipa em relação aos processos de recuperação do conhecimento de ênfase mais cognitivo, reflexivo, tácito, e menos evidentes. Surge uma tendência para valorizar o conhecimento que se vê no “produto” do trabalho, no comportamento observável; no que é objetivamente mensurável, em tudo aquilo em cujo conhecimento da equipa se transforma em objeto “visível ao mundo”.

Os resultado indicam que estas equipas consideram a equipa e a sua dinâmica, assim como o líder, com um papel relevante nos processos de gestão do conhecimento. No entanto ao nível da equipa o encorajamento da apresentação de pontos de vista divergentes surge com um sentido que contraria a tendência geral da dimensão, e da secção da escala catalisadores líder e equipa, o que pode, na nossa perspetiva, indiciar aspetos da cultura das equipas e/ou instituição que terão de ser apurados por outros estudos empíricos. Ao nível dos catalisadores do conhecimento verifica-se que a perceção acerca do papel da organização é negativa, não se valorizando esta como um facilitador importante dos processos de GC ao nível da equipa. Este resultado necessita na nossa opinião ser explorado em futuros trabalhos no sentido de apurar mais detalhadamente as suas razões.

Considera-se como **contributo** importante deste estudo o estabelecimento de uma ponte entre os processos de gestão do conhecimento e os padrões de conhecimento em enfermagem, ainda que de uma forma teórica, por comparação entre os seus aspetos conceptuais, durante a análise dos resultados e respetiva confrontação com o enquadramento teórico.

Este estudo ao explorar este corpo específico e característico do conhecimento da enfermagem, os padrões do conhecimento, à luz do modelo de Cardoso (2008) permitiu empiricamente examinar os vasos comunicantes entre os vários padrões, explorar a sua gestão, a sua dinâmica interna, indiciando que a unidade e interação destes padrões envolve como referem Chinn & Kramer (2018) processos, dinâmicas e conexões que são mais eficazes quando estes cinco padrões são encarados como um todo.

As **implicações** deste estudo para a **compreensão das dinâmicas do conhecimento ao nível das equipas de enfermagem** desenvolvem-se ao nível do exercício clínico, da gestão, da investigação e da formação.

Ao nível da prática **clínica** consideramos que este estudo tem como implicação o entendimento de que a compreensão das dinâmicas da gestão do conhecimento, desde a sua criação à sua partilha contribuem para o desenvolvimento de contextos de trabalho promotores de cuidados de enfermagem de qualidade.

Ao nível da **gestão** consideramos que os seus resultados tem contributos para a criação de estratégias de gestão e organização do trabalho no sentido das equipas se constituírem como contextos de criação de conhecimento, inovação, reflexão e formação, assim como da **promoção**

da socialização profissional fundada no estabelecimento pontes de colaboração entre os enfermeiros.

Ao nível da **Investigação** permitiu verificar que o modelo de Cardoso (2008) instrumento de colheita de dados de Cardoso e Peralta (2011), GCE, reúne as condições necessárias para ser usado em contexto de cuidados de saúde, e permitiu verificar que as dinâmicas de conhecimento são influenciadas pelo contexto de trabalho, mas que os seus processos “puros”, no seu essencial são semelhantes, onde o contexto é mais uma variável influenciadora, moldadora, mas que não altera o essencial dos processos de gestão do conhecimento.

Ao nível da **formação** estamos convictos de que estes resultados reforçam a necessidade de incluir e/ou reforçar nos currícula do 1º ciclo, formação graduada e pós graduada a aprendizagem de competências de trabalho colaborativo e em equipa, estratégias de partilha do conhecimento e práticas reflexivas sobre o exercício.

A escassa literatura acerca da gestão do conhecimento em equipas, e também acerca desta temática no contexto de cuidados de enfermagem, constituiu um desafio que implicou a mobilização do saber produzido noutras áreas, identificar padrões, e verificar se estes são observados também no contexto de cuidados de enfermagem e quais as suas particularidades.

O tipo de amostra utilizada, de natureza não probabilística, tem como limitação a impossibilidade de extrapolar os resultados para a população de onde a amostra foi retirada, pelo que estes resultados são relevantes apenas na amostra do Hospital Distrital, EPE estudada.

Nenhum trabalho científico esgota o estudo de um tema. Este não é exceção. Apresentámos aqui uma vertente, um percurso, outros existem que são na nossa perspetiva de explorar em futuras investigações. Estamos convictos que este estudo indica vários caminhos a explorar nomeadamente o aprofundamento da investigação das dinâmicas de conhecimento entre os vários padrões do conhecimento em enfermagem; explorar mais profundamente a relação entre o contexto de cuidados de saúde e os processos de gestão de conhecimento, nomeadamente verificar se a natureza do conteúdo funcional das profissões do setor da saúde tem algum tipo influência nestes processos; e também a necessidade de em futuros trabalhos avaliar mais detalhadamente como a **cultura organizacional** contribui para a dinâmica do conhecimento.

7– REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, I., & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 14(3), 373–382. <https://doi.org/10.1590/s0104-07072005000300008>
- Aleixo, A. R. L. dos R., & Almeida, R. A. R. de. (2014). Simulação na formação ao longo da vida em enfermagem: evidências científicas. In J. C. A. Martins, A. Mazzo, I. A. C. M. Rodrigues, & M. Alves (Eds.), *A simulação no Ensino de Enfermagem. Simulation in Nursing Education* (pp. 83–96). Braga.
- Alvesson, M., & Kärreman, D. (2001). Tacit knowledge, Nonaka and Takeuchi SECI model and informal knowledge processes. *Journal of Management Studies*, 38(November), 995–1018. <https://doi.org/10.1111/1467-6486.00269>
- Amendoeira, José; Lourenço, José; Barroso, Isabel; Figueiredo, Maria do Carmo; Fonseca, Olimpia; Godinho, Celeste; Reis, Alcinda; Saragoila, Fátima; Silva, M. (2014, November). Enfermagem avançada. Contributo para o processo de teorização em enfermagem. *REVISTA Da UIIPS*, 2(5), 232–249. Retrieved from http://www.ipsantarem.pt/wp-content/uploads/2014/03/Revista-da-UIIPS_N5_Vol2_ESSS_2014.pdf
- Amendoeira, J. (1999). *A Formação em enfermagem. Que conhecimento? Que contextos? Um estudo etno-sociológico*. Universidade Nova de Lisboa - Faculdade de Ciências Sociais e Humanas. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.15/90>
- Amendoeira, J. (2006). Enfermagem, disciplina do conhecimento. *Sinais Vitais*.
- Amendoeira, J. (2009). Ensino de Enfermagem - Perspectivas de Desenvolvimento. *Pensar Enfermagem*, 13(1), 2–12. Retrieved from [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2009_13_1_2-12\(2\).pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2009_13_1_2-12(2).pdf)
- Amendoeira, J., Reis, A., & Dias, H. (2020). Editorial. *Revista Da UIIPS –Unidade de Investigação Do Instituto Politécnico de Santarém*, 8(1), 1–2. Retrieved from <http://ojs.ipsantarem.pt/index.php/REVUIIPS>
- Ancona, D. G., & Caldwell, D. F. (1992). Bridging the Boundary: External Activity and Performance in Organizational Teams. *Administrative Science Quarterly*, 37(4), 634–665. <https://doi.org/10.2307/2393475>
- Asrar-ul-Haq, M., & Anwar, S. (2016). A systematic review of knowledge management and knowledge sharing: Trends, issues, and challenges. *Cogent Business and Management*, 3(1), 1–17. <https://doi.org/10.1080/23311975.2015.1127744>
- Baker, D. P., Day, R., & Salas, E. (2006). Teamwork as an essential component of high-reliability organizations. *Health Services Research*, 41(4 II), 1576–1598. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2006.00566.x>
- Bauer, T. N., & Erdogan, B. (2010). Organizational socialization: The effective onboarding of new employees. *APA Handbook of Industrial and Organizational Psychology, Vol 3: Maintaining*,

- Expanding, and Contracting the Organization.*, (December 2015), 51–64. <https://doi.org/10.1037/12171-002>
- Blanchet Garneau, A., & Pepin, J. (2015). A constructivist theoretical proposition of cultural competence development in nursing. *Nurse Education Today*, 35(11), 1062–1068. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.05.019>.
- Braga, E. M., & Silva, M. J. P. da. (2006). Como acompanhar a progressão da competência comunicativa no aluno de Enfermagem. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 40(3), 329–335. <https://doi.org/10.1590/s0080-62342006000300003>
- Bratianu, C. (2015). Organizational Knowledge, (January), 127–156. <https://doi.org/10.4018/978-1-4666-8318-1.ch006>
- Brito, E., & Cardoso, L. (2011). People, quality and knowledge management. *Psychologica*, (55), 25–38. https://doi.org/10.14195/1647-8606_55_2
- Bryman, A. (2007). The research question in social research: What is its role? *International Journal of Social Research Methodology*, 10(1), 5–20. <https://doi.org/10.1080/13645570600655282>
- Bryman, A. (2012). *Social Research Methods* (Forth Edit). New York: OXFORD University Press.
- Cardoso, L; Peralta, C. (2011). Gestão do conhecimento em equipas: Desenvolvimento de um instrumento de medida multidimensional. *Psychologica*, 55, 79–93. Retrieved from [uri:http://hdl.handle.net/10316.2/5602](http://hdl.handle.net/10316.2/5602)
- Cardoso, L. (2008). *Gerir conhecimento e gerar competitividade : estudo empírico sobre a gestão do conhecimento e seu impacto no desempenho organizacional* (1ª Edição). Penafiel: Editorial Novembro.
- Cardoso, L., Gomes, A. D., & Rebelo, T. (2003). *Gestão do conhecimento: Dos dados à informação e ao conhecimento* (Vol. 9).
- Cardoso, L., & Peralta, C. F. (2011). Gestão do conhecimento em equipas: Desenvolvimento de um instrumento de medida multidimensional. *Psychologica*, 55, 79–93.
- Cardoso L. (2007). Gestão do conhecimento e competitividade organizacional: Um modelo estrutural. *Comportamento Organizacional e Gestão*, 13(2), 191–211. <https://doi.org/10.1590/S1413-99362010000300008>
- Carper, B. A. (1978). Fundamental Patterns of Knowing in Nursing. *Advances in Nursing Science*, 1(1). Retrieved from https://journals.lww.com/advancesinnursingscience/Fulltext/1978/10000/Fundamental_Patterns_of_Knowing_in_Nursing.4.aspx
- Carvalho, A. (2016). *A Supervisão Clínica no Processo De Integração de Enfermeiros*. ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.26/12851>
- Cestari, M. E. (2003). Padrões de conhecimento da Enfermagem e suas implicações no ensino. *Revista Gaúcha de Enfermagem / EENFUFGRS*, 24(1), 34–42.
- Chinn, P. L., & Kramer, M. K. (2017). *Knowledge Development in Nursing: Theory and Process* (10th Editi). St. Louis, Missouri: Elsevier.
- Coutinho, C. P. (2018). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas. Teoria e Prática* (2ª Edição). Coimbra: Edições Almedina.
- Creswell, J. W. . (2014). *Research Design: Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches 4th Edition*. (I. SAGE Publications, Ed.) (Fourth edition). <https://doi.org/10.3384/ecp12076897>

- Daft, R. L. (2014). *Management*. (C. Learning, Ed.) (12th editi). Boston.
- Davenport, Thomas H.; Prusak, L. (2000). *Working Knowledge How organizations manage what they know*. Boston: Harvard Business Review Press.
- Davenport, T., & Prusak, L. (2000). Working Knowledge: How Organizations Manage What They Know. In *Working Knowledge: How Organizations Manage What They Know* (pp. 1–15). <https://doi.org/10.1145/348772.348775>
- De Long, D. W., & Davenport, T. (2003). Better practices for retaining organizational knowledge: Lessons from the leading edge. *Employment Relations Today*, 30(3), 51–63. <https://doi.org/10.1002/ert.10098>
- Drucker, P. (2006). *he Effective Executive: The Definitive Guide to Getting the Right Things Done*. New York: Collins.
- Drucker, P. (2012). *Uma Sociedade Funcional* (1ª Edição). Alfragide, Portugal: Publicações Dom Quixote.
- Edmondson, A. C. (2012). *Teaming: How Organizations Learn, Innovate, and Compete in the Knowledge Economy* (First Edit). San Francisco: Jossey-Bass.
- Edmondson, A. C. (2013). Teaming Is a Verb. *Reflections*, 13(1), 43–47. Retrieved from <http://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000290/authentication/index.php?url=https%3A%2F%2Fsearch.ebscohost.com%2Flogin.aspx%3Fdirect%3Dtrue%26AuthType%3Dip%2Ccookie%2Cshib%2Cuid%26db%3Dbth%26AN%3D91705333%26lang%3Dpt-pt%26site%3Deds-live%26sc>
- Ferreira, C. I. da S. R. A. (2015). Gestão em enfermagem e a formação em serviço: tecnologias de informação e padrões de qualidade, 219. Retrieved from https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9756/1/tese_finalCarlaRego_fev2015.pdf%0Ahttps://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/.../1/tese_finalCarlaRego_fev2015.pdf%5Cn
- Fowler, J. (1996). The organization of clinical supervision within the nursing profession: A review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 23(3), 471–478. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1996.tb00008.x>
- Gelbcke, F. L., Souza, L. A. de, Dal Sasso, G. M., Nascimento, E., & Bulb, M. B. C. (2009). Liderança em ambientes de cuidados críticos: reflexões e desafios à Enfermagem Brasileira. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(1), 136–139. <https://doi.org/10.1590/s0034-71672009000100021>
- Guy Le Boterf. (1991). Plano de formação. *Formar*, 4–14. Retrieved from https://www.iefp.pt/documents/10181/702849/FORMAR_3.pdf/eceb4dab-1030-407d-a493-859f43cac6d4
- Hall, A. (2005). Defining nursing knowledge. *Nursing Times*, 101(48), 34–37.
- Happell, B. (2008). Writing for publication: a practical guide, 22(28), 35–40.
- Harris, L. (2014). Chapter 3 Theory of Intellectual Capital, 22–37.
- Hill, Manuela Magalhães; Hill, A. (2016). *Investigação por questionário*. (M. Robalo, Ed.) (2ª Edição). Lisboa: Edições Silabo.
- Hinkle D.E, Wiersma W, J. S. . (2003). *Applied Statistics for the Behavioral Sciences* (Edition, 5). Boston: Wadsworth Publishing.

- Hospital Distrital de Santarém EPE. (2019). *Relatório e Contas 2019*. Santarém. Retrieved from <https://www.hds.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/09/Relatório-e-Contas-2019.pdf>
- Jan Walburg, Helen Bevan, John Wilderspin, K. L. (Ed.). (2006). *Performance Management in Health Care. Routledge Health Management Series*. London & New York: Routledge Taylor & Francis Group.
- Johannessen, J. A., & Olsen, B. (2010). The future of value creation and innovations: Aspects of a theory of value creation and innovation in a global knowledge economy. *International Journal of Information Management*, 30(6), 502–511. <https://doi.org/10.1016/j.ijinfomgt.2010.03.007>
- Jones, R. A. P. (2007). *Nursing leadership and management : theories, processes, and practice*. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Kalisch, B. J., & Begeny, S. M. (2005). Improving nursing unit teamwork. *Journal of Nursing Administration*, 35(12), 550–556. <https://doi.org/10.1097/00005110-200512000-00009>
- Kalisch, B. J., & Salas, E. (2009). What Does Nursing Teamwork Look Like? A Qualitative Study. Performance Measurement in Simulation-Based-Training View project Identifying and delivering point-of-care information to improve care coordination View project, (May). <https://doi.org/10.1097/01.NCQ.0000349620.43879.ac>
- Karamitri, I., Talias, M. A., & Bellali, T. (2017). Knowledge management practices in healthcare settings: a systematic review. *International Journal of Health Planning and Management*, 32(1), 4–18. <https://doi.org/10.1002/hpm.2303>
- Kothari, A., Hovanec, N., Hastie, R., & Sibbald, S. (2011). Lessons from the business sector for successful knowledge management in health care: A systematic review. *BMC Health Services Research*, 11. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-173>
- Kozlowski, S. W. J., & Bell, B. S. Work Groups and Teams in Organizations, Handbook of Psychology, Second Edition § (2012). Hoboken, NJ, USA: John Wiley & Sons, Inc. <https://doi.org/10.1002/9781118133880.hop212017>
- Lafave, L. R. A. (2008). *Graduate School of Nursing Dissertations Nursing Practice as Knowledge Work Within a Clinical Microsystem : A Dissertation Let us know how access to this document benefits you*. University of Massachusetts Medical School. <https://doi.org/10.13028/hf1e-qw80>
- Lee, E. J., Kim, H. S., & Kim, H. Y. (2014). Relationships between core factors of knowledge management in hospital nursing organisations and outcomes of nursing performance. *Journal of Clinical Nursing*, 23(23–24), 3513–3524. <https://doi.org/10.1111/jocn.12603>
- Leite, F. C. L., & Costa, S. (2006). Repositórios institucionais como ferramentas de gestão do conhecimento científico no ambiente acadêmico. *Perspectivas Em Ciência Da Informação*, 11(2), 206–219. <https://doi.org/10.1590/s1413-99362006000200005>
- Levy, M. (2011). Knowledge retention: Minimizing organizational business loss. *Journal of Knowledge Management*, 15(4), 582–600. <https://doi.org/10.1108/13673271111151974>
- Linderman, A., Pesut, D., & Disch, J. (2015). Sense Making and Knowledge Transfer: Capturing the Knowledge and Wisdom of Nursing Leaders. *Journal of Professional Nursing*, 31(4), 290–297. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2015.02.004>
- Luísa Sousa Pinto, A., & Paulo Renato, D. (2014). *GRUPOS/EQUIPAS DE TRABALHO: DESENVOLVIMENTO, GESTÃO DO CONHECIMENTO E EFICÁCIA Tese de Doutoramento em*

Psicologia, na especialidade de Psicologia das Organizações, do Trabalho e dos Recursos Humanos, sob a orientação científica do Professor Doutor Paulo R. Universidade de Coimbra. Retrieved from https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/25124/1/Tese_dout_Ana_Pinto.pdf

- Lunden, A., Teräs, M., Kvist, T., & Häggman-Laitila, A. (2017). A systematic review of factors influencing knowledge management and the nurse leaders' role. *Journal of Nursing Management*, 25(6), 407–420. <https://doi.org/10.1111/jonm.12478>
- Manser, T. (2009). Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: A review of the literature. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 53(2), 143–151. <https://doi.org/10.1111/j.1399-6576.2008.01717.x>
- Martins, E. C., & Martins, N. (2011). The role of organisational factors in combating tacit knowledge loss in organisations. *Southern African Business Review*, 15(1), 49–69.
- Menoita, E. (2006). Formação em Serviço: Um Contributo para o Desenvolvimento de Competências? *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 45–52.
- Milner, R. J., Gusic, M. E., & Thorndyke, L. E. (2011). Perspective: Toward a competency framework for faculty. *Academic Medicine*, 86(10), 1204–1210. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e31822bd524>
- Montgomery, E. G., & Oladapo, V. (2014). Talent management vulnerability in global healthcare value chains: A general systems theory perspective. *Journal of Business Studies Quarterly*, 5(4), 173–190.
- Morgan, B. B., Salas, E., & Glickman, A. S. (1993). An analysis of team evolution and maturation. *Journal of General Psychology*, 120(3), 277–291. <https://doi.org/10.1080/00221309.1993.9711148>
- Muthuveloo, R., Shanmugam, N., & Teoh, A. P. (2017). The impact of tacit knowledge management on organizational performance: Evidence from Malaysia. *Asia Pacific Management Review*, 22(4), 192–201. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2017.07.010>
- Nemeth, C., Wears, R. L., Patel, S., Rosen, G., & Cook, R. (2011). Resilience is not control: Healthcare, crisis management, and ICT. *Cognition, Technology and Work*, 13(3), 189–202. <https://doi.org/10.1007/s10111-011-0174-7>
- Nicolini, D., Powell, J., Conville, P., & Martinez-Solano, L. (2008). Managing knowledge in the healthcare sector. A review. *International Journal of Management Reviews*, 10(3), 245–263. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2370.2007.00219.x>
- Nilakanta, S., Miller, L., Peer, A., & Bojja, V. M. (2009). Contribution of knowledge and knowledge management capability on business processes among healthcare organizations. *Proceedings of the 42nd Annual Hawaii International Conference on System Sciences, HICSS*, 1–9. <https://doi.org/10.1109/HICSS.2009.131>
- Nilmini Wickramasinghe, Rajeev K. Bali, M. Chris Gibbons, J. S. B. L. (2009). *Healthcare Knowledge Management Primer*. TAYLOR & FRANCIS LTD.
- Nilmini Wickramasinghe, Rajeev K. Bali, Brian Lehaney, Jonathan Schaffer, M. C. G. (2009). *Knowledge Management Primer (Routledge Series in Information Systems)* (second edi). New York & London: Routledge Taylor & Francis Group.
- Nonaka, I., Von Krogh, G., & Voelpel, S. (2006). Organizational knowledge creation theory: Evolutionary paths and future advances. *Organization Studies*, 27(8), 1179–1208.

<https://doi.org/10.1177/0170840606066312>

- Oliveira, U. S. De. (2019). Escala Gestão do Conhecimento em Equipes : Adaptação para o Brasil, 501–515.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Código Deontológico. Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Anuário estatístico 2020*. Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/estatistica-de-enfermeiros/>
- Quivy, R. L. V. C. (2017). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. (G. Valente, Ed.) (7ª Edição). Lisboa: Gradiva.
- Reis, F. L. dos. (2018). *Investigação Científica e Trabalhos Académicos - Guia Prático*. (M. Robalo, Ed.) (1ª Edição). Lisboa: Edições Sílabo.
- REPE. (1998). Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro - Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro (Com. *Diário Da República — I Série-a (21-4-1998)*, 1739–1757. Retrieved from <https://dre.pt/application/conteudo/175784>
- Robbins, S. P., Coulter, M., & Decenzo, D. A. (2017). *Fundamentals of Management* (Tenth edit). Boston: Pearson.
- Robbins, S. P., & Judge, T. A. (2017). *Organizational Behavior, Global Edition* (Seventeenth). Boston: Pearson.
- Rosen, M. A., Salas, E., Wilson, K. A., King, H. B., Salisbury, M., Augenstein, J. S., ... Birnbach, D. J. (2008). Measuring team performance in simulation-based training: Adopting best practices for healthcare. *Simulation in Healthcare*, 3(1), 33–41. <https://doi.org/10.1097/SIH.0b013e3181626276>
- Salas, E., Burke, C. S., & Cannon-Bowers, J. A. (2000). Teamwork: emerging principles. *International Journal of Management Reviews*, 2(4), 339–356. <https://doi.org/10.1111/1468-2370.00046>
- Salas, E., Cooke, N. J., & Rosen, M. A. (2008). On teams, teamwork, and team performance: Discoveries and developments. *Human Factors*, 50(3), 540–547. <https://doi.org/10.1518/001872008X288457>
- Salas, E., Sims, D. E., & Burke, C. S. (2005). Is there a “Big Five” in Teamwork? *Small Group Research*, 36(5), 555–599. <https://doi.org/10.1177/1046496405277134>
- Salas, E., Zajac, S., & Marlow, S. L. (2018). Transforming Health Care One Team at a Time: Ten Observations and the Trail Ahead. *Group and Organization Management*, 43(3), 357–381. <https://doi.org/10.1177/1059601118756554>
- Serrano, M., Costa, A., & Costa, N. (2013). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência, III Série*(nº 3), 15–23. <https://doi.org/10.12707/rrii1019>
- Siu, H., & Bartnicka, J. (2015). Understanding Nurses’ Knowledge Work, (September). Retrieved from <http://ir.lib.uwo.ca/etd/3222/>
- Stephen B. Hulley, Grady, S. R. C. W. S. B. D. G., & Newman, T. B. (2013). *Designing Clinical Research*. WOLTERS KLUWER.
- Sveiby, K. E. (2001). A knowledge-based theory of the firm to guide in strategy formulation. *Journal of Intellectual Capital*, 2(4), 344–358. <https://doi.org/10.1108/14691930110409651>

- Takeuchi, H., & Nonaka, I. (2008). *Gestão do Conhecimento*. Porto Alegre: Bookman.
- Tsoukas, H., & Vladimirou, E. (2001). What is Organizational Knowledge? *Journal of Management Studies*, 38(7), 973–993. <https://doi.org/10.1111/1467-6486.00268>
- Wiig, K. M. (1997). Knowledge Management: An Introduction and Perspective. *Journal of Knowledge Management*, 1(1), 6–14. <https://doi.org/10.1108/13673279710800682>
- Williams, C. (2007). Research Methods. *Journal of Business & Economic Research* –, 5(3), 65–72.
- Wood, C. (2018). Writing for publication: Sharing your clinical knowledge and skills. *British Journal of Community Nursing*, 23(1), 20–23. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2018.23.1.20>
- Xyrichis, A., & Ream, E. (2008). Teamwork: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 61(2), 232–241. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04496.x>
- Zheng, W., Yang, B., & McLean, G. N. (2010). Linking organizational culture, structure, strategy, and organizational effectiveness: Mediating role of knowledge management. *Journal of Business Research*, 63(7), 763–771. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2009.06.005>

ANEXOS

ANEXO I – Quadros descritivos das dimensões e subdimensões da variável dependente (operacionalização e nível de medida)

Dimensões e subdimensões da variável dependente

Dimensões de análise	Subdimensões de análise	Descrição	Operacionalização	Nível de medida
Criação e aquisição do conhecimento	Criação e aquisição externa	Inovação ou algo de novo na organização, tendo em conta um conjunto de fontes e atividades de carácter mais externo - além das fronteiras da organização	1. Quase não se aplica ou Não se aplica 2. Aplica-se pouco 3. Aplica-se moderadamente 4. Aplica-se muito 5. Aplica-se quase totalmente ou Aplica-se totalmente	Ordinal
	Criação e aquisição interna	Inovação ou algo de novo na organização, tendo em conta um conjunto de fontes e atividades de cunho mais interno (intra-organizacional)	1. Quase não se aplica ou Não se aplica 2. Aplica-se pouco 3. Aplica-se moderadamente 4. Aplica-se muito 5. Aplica-se quase totalmente ou Aplica-se totalmente	Ordinal
Atribuição de sentido ao conhecimento	Atribuição de sentido	Todos os processos organizacionais influenciados pelas características inerentes aos atores organizacionais que possibilitem uma tradução coerente da informação e do conhecimento relacionados com os fenómenos relevantes da organização.	1. Quase não se aplica ou Não se aplica 2. Aplica-se pouco 3. Aplica-se moderadamente 4. Aplica-se muito 5. Aplica-se quase totalmente ou Aplica-se totalmente	Ordinal
Partilha e difusão do conhecimento	Partilha e difusão intencional	são as atividades de disseminação do conhecimento individual ao nível da organização podendo ser desenvolvidas de uma forma intencional através de ações explícitas e conscientes efetuadas pelos diversos agentes organizacionais, assumindo quer comportamentos formalmente instituídos e estimulados, quer através de todas as suas ações individuais espontâneas explícitas e deliberada	1. Quase não se aplica ou Não se aplica 2. Aplica-se pouco 3. Aplica-se moderadamente 4. Aplica-se muito 5. Aplica-se quase totalmente ou Aplica-se totalmente	Ordinal
	Partilha e difusão não intencional	Todas as atividades que assumem uma forma não intencional de carácter informal de partilha e difusão do conhecimento, sem que os seus intervenientes tenham consciência ou intencionalidade no processo.	1. Quase não se aplica ou Não se aplica 2. Aplica-se pouco 3. Aplica-se moderadamente 4. Aplica-se muito 5. Aplica-se quase totalmente ou Aplica-se totalmente	Ordinal

Dimensão de análise	Subdimensão de análise	Descrição	Operacionalização	Nível de medida
Memória da equipa	Memória interna e intencional	instrumentos que possibilitem o armazenamento e memorização do conhecimento considerado essencial para organização. comportando uma dimensão orientada para o contexto interno abarcando a vertente intencional explícita onde todos os indivíduos que compõem a organização, procedimentos, rotinas, os produtos e serviços, entre outros constituem compiladores, os arquivos, deste conhecimento; comporta também uma dimensão externa, compreendendo, entre outras, a imagem que a organização projeta para o seu exterior através das interações que estabelece e as informações existentes acerca da organização noutras instituições ou repositórios externos.	1. Quase não se aplica ou Não se aplica 2. Aplica-se pouco 3. Aplica-se moderadamente 4. Aplica-se muito 5. Aplica-se quase totalmente ou Aplica-se totalmente	Ordinal
	Memória interna e tácita	Processo referente à interpretação coerente da informação e do conhecimento a dos fenómenos organizacionais considerados significativos. Está relacionado com os processos cognitivos inerentes à atribuição de sentido (e.g., diálogo, reflexão crítica, extrapolação de acontecimentos passados, análise racional); relacionado com os objetos de análise e atribuição de sentido (e.g., decisões tomadas, estratégia organizacional, ação organizacional, controlo dos processos, projetos inovadores, sistemas de resolução de problemas e ferramentas de apoio à tomada de decisão)	1. Quase não se aplica ou Não se aplica 2. Aplica-se pouco 3. Aplica-se moderadamente 4. Aplica-se muito 5. Aplica-se quase totalmente ou Aplica-se totalmente	Ordinal
	Memória externa	Relativo à reputação e imagem (junto clientes, fornecedores, entidades governamentais, comunidade, entre outros), As informações difundida pelos meios de comunicação social, aos relatórios de entidades reguladoras e/ ou auditoras externas. Repositórios externos como a internet	1. Quase não se aplica ou Não se aplica 2. Aplica-se pouco 3. Aplica-se moderadamente 4. Aplica-se muito 5. Aplica-se quase totalmente ou Aplica-se totalmente	Ordinal

Dimensão de análise	Subdimensão de análise	Descrição	Operacionalização	Nível de medida
Recuperação e utilização do conhecimento	Recuperação controlada	Constitui a recuperação controlada da memória, individual ou ao nível organizacional;	1. Quase não se aplica ou Não se aplica 2. Aplica-se pouco 3. Aplica-se moderadamente 4. Aplica-se muito 5. Aplica-se quase totalmente ou Aplica-se totalmente	Ordinal
	Recuperação automática	Ocorre quando a ação está baseada em valores e princípios da cultura organizacional, no diálogo acerca da natureza das suas funções ou sobre a organização. Este tipo de recuperação não possibilita a reflexão e questionamento uma vez que é automática e tácita	1. Quase não se aplica ou Não se aplica 2. Aplica-se pouco 3. Aplica-se moderadamente 4. Aplica-se muito 5. Aplica-se quase totalmente ou Aplica-se totalmente	Ordinal
	Utilização do conhecimento	Referente à instrumentalidade relacionada ao desenvolvimento de processos, procedimentos, serviços e produtos.	1. Quase não se aplica ou Não se aplica 2. Aplica-se pouco 3. Aplica-se moderadamente 4. Aplica-se muito 5. Aplica-se quase totalmente ou Aplica-se totalmente	Ordinal
Catalisador de gestão do conhecimento	- o líder	Perceção do respondente acerca da atuação e papel do líder da equipa na gestão do conhecimento	1. Quase não se aplica ou Não se aplica 2. Aplica-se pouco 3. Aplica-se moderadamente 4. Aplica-se muito 5. Aplica-se quase totalmente ou Aplica-se totalmente	Ordinal
	Catalisador de gestão do conhecimento - Os membros da equipa	Perceção do respondente acerca da atuação dos membros da sua equipa da face ao conhecimento no que diz respeito à sua aquisição e partilha	1. Quase não se aplica ou Não se aplica 2. Aplica-se pouco 3. Aplica-se moderadamente 4. Aplica-se muito 5. Aplica-se quase totalmente ou Aplica-se totalmente	Ordinal
	- A organização	Perceção do respondente acerca da forma como é valorizado, recompensado o conhecimento na organização	1. Quase não se aplica ou Não se aplica 2. Aplica-se pouco 3. Aplica-se moderadamente 4. Aplica-se muito 5. Aplica-se quase totalmente ou Aplica-se totalmente	Ordinal

**ANEXO II – Quadro descritivo de variáveis independentes
(operacionalização e nível de medida)**

Variáveis independentes

Variável	Descrição	Operacionalização	Nível de medida
Idade	Período de vida; Tempo transcorrido desde o nascimento		Rácio
Sexo	O estado de ser do sexo masculino ou feminino	1. Masculino 2. Feminino	Ordinal/ dicotómica
Graus académicos e diplomas não conferentes de grau académico	O percurso académico	1. Bacharelato 2. Licenciatura 3. Pós-graduação 4. Pós-licenciatura 5. Mestrado 6. Doutoramento	Ordinal
Departamento / Serviço	Divisão, setor, local de trabalho	1. Cirurgia 2. Medicina 3. Mulher e Criança 4. Psiquiatria e Saúde Mental 5. Urgência 6. Bloco Operatório / UCA 7. UCI	Nominal
Carreira de enfermagem - categoria	Exercício de atribuições, esfera de ação,	1. Enfermeiro; 2. Enfermeiro Especialista 1. Enfermeiro Gestor	Nominal
Antiguidade no hospital	Período de exercício de funções na instituição		Rácio
Antiguidade na equipa	Período de exercício de funções na equipa		Rácio
Plano de formação no serviço	Documento onde constam os temas, objetivos, estratégias e ações para desenvolver informação e/ou treino da equipa	1. Sim 2. Não	Rácio
Participação na elaboração do plano de formação do serviço	Responsabilidade no documento de planeamento das ações de formação	1. Sim 2. Não	Nominal/ dicotómica
Forma de participação	Qual o contributo para a elaboração do plano de formação		Nominal/ dicotómica
Publicação de artigos nos últimos 5 anos		1. Sim 2. Não	Questão aberta transformada em dados nominais no tratamento estatístico
Natureza da publicação	Tipo de publicação - Plataforma física ou digital onde foi publicado o artigo		Nominal/dicotómica
Responsabilidade principal pela integração de novos elementos		1. Sim 2. Não	Questão aberta transformada em dados nominais no tratamento estatístico
Formação na área da supervisão clínica		1. Sim 2. Não	Nominal/Dicotómica
Natureza da formação na área da supervisão clínica	Identificação do tipo de formação na área		Nominal/dicotómica

Desempenho atual de funções noutra instituição em regime de acumulação	Trabalho atual noutro local além daquele onde é aplicado o questionário no momento	1. Sim 2. Não	Questão aberta transformada em dados nominais no tratamento estatístico
Desempenho Passado de funções noutra instituição em regime de acumulação	Trabalho em mais do que uma entidade no mesmo período de tempo no passado	1. Sim 2. Não	Nominal

ANEXO III – Escala original do autor.



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

O presente questionário insere-se num estudo sobre **gestão do conhecimento e equipas de trabalho**. **Todas as respostas que lhe solicitamos são rigorosamente anónimas**. Leia com atenção as instruções que lhe são dadas, certificando-se de que compreendeu corretamente o modo como deverá responder.

Responda sempre de acordo com aquilo que **faz, sente ou pensa no contexto da sua equipa**, pois não existem respostas corretas ou incorretas, nem boas ou más respostas.

Por favor, certifique-se de que tudo é preenchido.

No final, coloque o presente questionário no envelope que lhe foi entregue, feche-o e coloque-o no interior do envelope da sua equipa.

Muito obrigado pela sua colaboração!

Leia cada frase com atenção e indique **em que medida cada uma delas se aplica no momento presente, à sua equipa ou, num dos casos que está devidamente identificado, à sua empresa**.

Classifique cada frase de acordo com a seguinte escala:

1.	2.	3.	4.	5.
Quase não se aplica	Aplica-se pouco	Aplica-se moderadamente	A	Aplica-se quase totalmente

ou Não se aplica	plica-se muito	ou Aplica-se totalmente
------------------	----------------	-------------------------

GC_{ca}

Actualmente, na minha equipa de trabalho...

1. Integramos o conhecimento que os novos membros da equipa trazem do exterior	1	2	3	4	5
2. O conhecimento de cada um é importante	1	2	3	4	5
3. Aprendemos com os erros que a nossa equipa comete	1	2	3	4	5
4. Aprendemos com base no que vamos criando/desenvolvendo	1	2	3	4	5
5. Assistimos a conferências/seminários, lemos o que se publica e/ou contratamos especialistas externos à equipa	1	2	3	4	5
6. Procuramos conhecer as melhores práticas de outras equipas	1	2	3	4	5
7. Recolhemos novos dados, informação e conhecimento a partir da comunicação social (e.g., revistas de divulgação, televisão)	1	2	3	4	5
8. Recorremos a dados, informação e conhecimento sobre os nossos clientes externos	1	2	3	4	5
9. Propomos novas ideias quer sejam ou não arriscadas	1	2	3	4	5
10. Recorremos a várias ferramentas (e.g., intranet, internet) para localizar o conhecimento que falta à nossa equipa	1	2	3	4	5
11. Sabemos como, onde e quando propor novas ideias para a equipa	1	2	3	4	5
12. Criamos novo conhecimento quando trabalhamos juntos	1	2	3	4	5

GC_{cat}

Actualmente, na minha equipa de trabalho...

1. O nosso líder encoraja-nos a inovar	1	2	3	4	5
2. O nosso líder incentiva, por palavras e actos, a partilha de conhecimento e de experiências	1	2	3	4	5
3. O nosso líder coordena e organiza reuniões para partilharmos conhecimento	1	2	3	4	5
4. O nosso líder incentiva a aquisição de conhecimento que a equipa ainda não possui	1	2	3	4	5
5. O nosso líder encoraja, por palavras e actos, uma comunicação aberta	1	2	3	4	5
6. O nosso líder alerta-nos para o que é importante saber	1	2	3	4	5
7. Encorajamo-nos mutuamente a inovar	1	2	3	4	5
8. Incentivamos mutuamente, por palavras e actos, a partilha de conhecimento e de experiências	1	2	3	4	5
9. Incentivamo-nos uns aos outros para adquirirmos conhecimento que a equipa ainda não possui	1	2	3	4	5
10. Encorajamos, por palavras e actos, uma comunicação aberta	1	2	3	4	5

11. Alertamo-nos uns aos outros para o que é importante saber	1	2	3	4	5
12. Encorajamos a apresentação de pontos de vista divergentes	1	2	3	4	5

Actualmente, na minha empresa...

13. Existe um sistema de incentivos que recompensa quem partilha o seu conhecimento	1	2	3	4	5
14. Domina uma cultura que valoriza o conhecimento	1	2	3	4	5
15. É recompensado o trabalho em equipa	1	2	3	4	5
16. É recompensada a inovação e a substituição de conhecimento ultrapassado	1	2	3	4	5
17. É financiado o desenvolvimento dos seus colaboradores (e.g., cursos de formação)	1	2	3	4	5
18. Estimula-se um clima de abertura e de partilha entre todas as equipas	1	2	3	4	5

Leia cada frase com atenção e indique **em que medida cada uma delas se aplica no momento presente, à sua equipa.**

Classifique cada frase de acordo com a seguinte escala:

1.	2.	3.	4.	5.
Quase não se aplica	Aplica-se pouco	Aplica-se moderadamente	Aplica-se muito	Aplica-se quase totalmente
ou Não se aplica				ou Aplica-se totalmente

GC_{pd}

Actualmente, na minha equipa de trabalho...

1. Partilhamos experiências e aprendizagens nas reuniões de trabalho	1	2	3	4	5
2. Os membros partilham o “saber fazer” de cada um	1	2	3	4	5
3. Partilhamos as nossas melhores práticas com os outros grupos da empresa	1	2	3	4	5
4. Em momentos de descontração, contamos piadas relacionadas com o nosso trabalho	1	2	3	4	5
5. Antes de um membro sair “transferimos” para a equipa o seu conhecimento	1	2	3	4	5
6. Trocamos e-mails e telefonemas com histórias engraçadas que aconteceram no trabalho	1	2	3	4	5
7. Organizamos as informações que partilhamos nas sessões de trabalho	1	2	3	4	5
8. No final do dia e nos intervalos, conversamos de forma descontraída sobre os mais variados assuntos	1	2	3	4	5
9. Quando temos um problema relacionado com trabalho somos ajudados por quem mais sabe do assunto dentro da empresa	1	2	3	4	5
10. Trocamos conhecimento com outros grupos da empresa em reuniões presenciais e/ou virtuais	1	2	3	4	5
11. Quando trabalhamos com um colega de outra equipa partilhamos conhecimento importante	1	2	3	4	5
12. Conversamos sobre a nossa equipa quando casualmente nos encontramos	1	2	3	4	5
13. Em momentos de descontração, os colegas mais antigos contam-nos histórias passadas na empresa	1	2	3	4	5

14. Acedemos a conhecimento importante em conversas ocasionais (e.g., quando nos cruzamos no corredor ou quando tomamos café)	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

GC_{mo}

Actualmente, na minha equipa de trabalho...

1. Temos documentos que explicam o processo de desenvolvimento dos nossos produtos/serviços	1	2	3	4	5
2. Agimos e trabalhamos com base na confiança que temos uns nos outros	1	2	3	4	5
3. Sem nos darmos conta organizamo-nos em função da nossa estratégia	1	2	3	4	5
4. Conhecemos os documentos legais relativos ao conhecimento da nossa empresa (e.g., declaração de confidencialidade, registo de patentes)	1	2	3	4	5
5. Formalizamos e/ou temos formalizados procedimentos e rotinas para desenvolver o nosso trabalho	1	2	3	4	5
6. Sabemos intuitivamente como agir na nossa equipa	1	2	3	4	5
7. Projectamos uma imagem da nossa equipa quando conversamos com os restantes colaboradores da empresa	1	2	3	4	5
8. Somos identificados na empresa como uma equipa com características específicas	1	2	3	4	5
9. Conhecemos a opinião que existe na empresa acerca da nossa equipa	1	2	3	4	5
10. Temos documentos que descrevem as competências necessárias para a nossa equipa	1	2	3	4	5
11. Organizamo-nos em função do conhecimento que possuímos	1	2	3	4	5
12. Somos vistos com uma identidade própria pelas outras equipas da empresa	1	2	3	4	5
13. Temos uma reputação marcada dentro da empresa	1	2	3	4	5
14. O que sabemos está guardado em documentos físicos e/ou virtuais (e.g., bases de dados/catálogos internos/intranet)	1	2	3	4	5
15. Trabalhamos e agimos de acordo com um conjunto valores, princípios e símbolos	1	2	3	4	5
16. Temos relatórios disponíveis para consulta (e.g., resultados de questionários, relatórios da qualidade, relatórios de contas)	1	2	3	4	5
17. Nesta empresa há uma opinião geral acerca da nossa equipa	1	2	3	4	5
18. Interagimos e comunicamos de um modo compreensível para todos	1	2	3	4	5
19. Compreendemos os objectivos da equipa	1	2	3	4	5

Leia cada frase com atenção e indique **em que medida cada uma delas se aplica no momento presente, à sua equipa.**

Classifique cada frase de acordo com a seguinte escala:

1.		3.		5.
Quase não se aplica	2.	Aplica-se moderadamente	4.	Aplica-se quase totalmente
ou Não se aplica	Aplica-se pouco		Aplica-se muito	ou Aplica-se totalmente

GC_{as}

Actualmente, na minha equipa de trabalho...

1. Reflectimos sobre os nossos sucessos e/ou insucessos	1	2	3	4	5
2. Analisamos criticamente as nossas rotinas, acções e formas de fazer as coisas	1	2	3	4	5
3. Procuramos perceber o significado de cada novo projecto	1	2	3	4	5
4. Para tomar decisões dialogamos e/ou reflectimos criticamente sobre os resultados anteriores alcançados	1	2	3	4	5
5. Temos de desaprender alguns hábitos antigos para fazer melhor	1	2	3	4	5
6. Dialogamos sobre as regras que regulam o nosso funcionamento	1	2	3	4	5
7. Procuramos alinhar as nossas acções com os objectivos da equipa	1	2	3	4	5

GCru

Actualmente, na minha equipa de trabalho...

1. Recuperamos o conhecimento que fomos organizando e armazenando ao longo do tempo	1	2	3	4	5
2. Recuperamos modos de pensar e de agir que nos conduziram ao sucesso no passado	1	2	3	4	5
3. Executamos tarefas sem pensarmos no conhecimento que estamos a aplicar	1	2	3	4	5
4. Quando trabalhamos temos em conta conhecimento do qual não estamos conscientes no momento	1	2	3	4	5
5. Realizamos uma parte do nosso trabalho com base em conhecimento que surge automaticamente	1	2	3	4	5
6. Realizamos uma parte do nosso trabalho de forma intuitiva	1	2	3	4	5
7. O nosso conhecimento vê-se nos nossos produtos/serviços	1	2	3	4	5
8. Recuperamos informação/conhecimento que está no site/intranet/manuais da empresa	1	2	3	4	5
9. O nosso conhecimento melhora o nosso desempenho	1	2	3	4	5
10. O nosso conhecimento é útil para o nosso trabalho	1	2	3	4	5
11. Quando trabalhamos temos em conta sem querer os valores da nossa equipa	1	2	3	4	5
12. Recuperamos soluções que foram validadas e armazenadas por nós no passado	1	2	3	4	5
13. O nosso conhecimento aumenta a nossa produtividade	1	2	3	4	5
14. O nosso conhecimento torna a equipa mais eficaz	1	2	3	4	5
15. Recuperamos o conhecimento que resultou das nossas reflexões em equipa	1	2	3	4	5
16. Recuperamos as melhores práticas desenvolvidas pela nossa empresa	1	2	3	4	5
17. O nosso conhecimento melhora a qualidade do que fazemos	1	2	3	4	5
18. Quando trocamos impressões surge informação/conhecimento sem nos darmos conta	1	2	3	4	5

Dados Pessoais

1. Ano de nascimento: _____
2. Sexo: _____

3. Habilitações literárias: _____
4. Departamento/área onde trabalha: _____
5. Antiguidade na empresa (valor aproximado): _____ anos e _____ meses
6. Antiguidade na equipa (valor aproximado): _____ anos e _____ meses

Muito obrigado pela sua colaboração!

ANEXO IV – Escala com linguagem adaptada ao contexto de saúde.

Designação do estudo: **Caracterização da gestão do conhecimento em equipas de enfermagem no Hospital Distrital de Santarém, EPE.**

O presente questionário insere-se num estudo sobre **gestão do conhecimento em equipas de trabalho**. A responsabilidade deste estudo é de José Manuel Lizardo Lopes (Enfermeiro no Bloco Operatório) com a supervisão do Professor Doutor José Amendoeira (Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Santarém) e do Professor Doutor Ricardo São João (Escola Superior de Gestão – Instituto Politécnico de Santarém).

O estudo mereceu parecer favorável pela Comissão de Ética do Hospital Distrital de Santarém, EPE a 1 de outubro de 2019.

A participação neste estudo é inteiramente voluntária. Não haverá lugar a qualquer tipo de penalização/discriminação a quem decida:

(i) não participar; (ii) retirar-se ou (iii) recusar continuar a participar em qualquer momento do estudo. A sua participação e colaboração é muito importante para uma melhor caracterização da gestão do conhecimento nas equipas de enfermagem do nosso Hospital. Contamos desde já com o seu contributo!

Na leitura do questionário, se lhe surgir alguma dúvida ou questão adicional no seu preenchimento, por favor sinta-se livre em contactar o investigador José Lopes pelo email jose.lopes@hds.min-saude.pt ou através das **extensões internas do HDS 1402 ou 5141**.

Ao assinalar SIM em «Aceito participar no estudo» confirmo não só a minha participação de livre vontade no estudo acima mencionado como também autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico. Todas as respostas que lhe solicitamos são rigorosamente anónimas, sendo o acesso às mesmas da exclusiva responsabilidade da equipa de investigação.

☐

Aceito participar no estudo

☐

Não aceito participar no estudo

Leia com atenção as instruções que lhe são dadas, certificando-se de que compreendeu corretamente o modo como deverá responder.

Responda sempre de acordo com aquilo que **faz, sente ou pensa no contexto da sua equipa**, pois não existem respostas corretas ou incorretas.

Por favor, certifique-se de que tudo é preenchido.

No final, coloque o presente questionário no interior do envelope que lhe é dado.

Muito obrigado pela sua colaboração!

Leia cada frase com atenção e indique **em que medida cada uma delas se aplica no momento presente, à sua equipa ou, num dos casos que está devidamente identificado, ao seu hospital.**

Classifique cada frase de acordo com a seguinte escala:

1.	2.	3.	4.	5.
Quase não se aplica	Aplica-se pouco	Aplica-se moderadamente	Aplica-se muito	Aplica-se quase totalmente
ou Não se aplica				ou Aplica-se totalmente

Atualmente, na minha equipa de trabalho...

1. Integramos o conhecimento que os novos membros da equipa trazem do exterior	1	2	3	4	5
2. O conhecimento de cada um é importante	1	2	3	4	5
3. Aprendemos com os erros que a nossa equipa comete	1	2	3	4	5
4. Aprendemos com base no que vamos criando/desenvolvendo	1	2	3	4	5
5. Assistimos a conferências/seminários, lemos o que se publica e/ou contratamos especialistas externos à equipa	1	2	3	4	5
6. Procuramos conhecer as melhores práticas de outras equipas	1	2	3	4	5
7. Recolhemos novos dados, informação e conhecimento a partir da comunicação social (e.g., revistas de divulgação, televisão)	1	2	3	4	5
8. Recorremos a dados, informação e conhecimento sobre os nossos clientes externos (utentes, família e elementos significativos aos utentes)	1	2	3	4	5
9. Propomos novas ideias quer sejam ou não arriscadas	1	2	3	4	5
10. Recorremos a várias ferramentas (e.g. intranet, internet) para localizar o conhecimento que falta à nossa equipa	1	2	3	4	5
11. Sabemos como, onde e quando propor novas ideias para a equipa	1	2	3	4	5
12. Criamos novo conhecimento quando trabalhamos juntos	1	2	3	4	5

Atualmente, na minha equipa de trabalho...

1. O nosso líder encoraja-nos a inovar	1	2	3	4	5
2. O nosso líder incentiva, por palavras e atos, a partilha de conhecimento e de experiências	1	2	3	4	5
3. O nosso líder coordena e organiza reuniões para partilharmos conhecimento	1	2	3	4	5
4. O nosso líder incentiva a aquisição de conhecimento que a equipa ainda não possui	1	2	3	4	5
5. O nosso líder encoraja, por palavras e atos, uma comunicação aberta	1	2	3	4	5

6. O nosso líder alerta-nos para o que é importante saber	1	2	3	4	5
7. Encorajamo-nos mutuamente a inovar	1	2	3	4	5
8. Incentivamo-nos mutuamente, por palavras e atos, a partilha de conhecimento e de experiências	1	2	3	4	5
9. Incentivamo-nos uns aos outros para adquirirmos conhecimento que a equipa ainda não possui	1	2	3	4	5
10. Encorajamos, por palavras e atos, uma comunicação aberta	1	2	3	4	5
11. Alertamo-nos uns aos outros para o que é importante saber	1	2	3	4	5
12. Encorajamos a apresentação de pontos de vista divergentes	1	2	3	4	5

Atualmente, no meu hospital...

13. Existe um sistema de incentivos que recompensa quem partilha o seu conhecimento	1	2	3	4	5
14. Domina uma cultura que valoriza o conhecimento	1	2	3	4	5
15. É recompensado o trabalho em equipa	1	2	3	4	5
16. É recompensada a inovação e a substituição de conhecimento ultrapassado	1	2	3	4	5
17. É financiado o desenvolvimento dos seus colaboradores (e.g., cursos de formação)	1	2	3	4	5
18. Estimula-se um clima de abertura e de partilha entre todas as equipas	1	2	3	4	5

Leia cada frase com atenção e indique **em que medida cada uma delas se aplica no momento presente, à sua equipa.**

Classifique cada frase de acordo com a seguinte escala:

1.	2.	3.	4.	5.
Quase não se aplica	Aplica-se pouco	Aplica-se moderadamente	Aplica-se muito	Aplica-se quase totalmente
ou Não se aplica				ou Aplica-se totalmente

Atualmente, na minha equipa de trabalho...

1. Partilhamos experiências e aprendizagens nas reuniões de trabalho	1	2	3	4	5
2. Os membros partilham o “saber fazer” de cada um	1	2	3	4	5
3. Partilhamos as nossas melhores práticas com os outros grupos do hospital	1	2	3	4	5
4. Em momentos de descontração, contamos piadas relacionadas com o nosso trabalho	1	2	3	4	5
5. Antes de um membro sair “transferimos” para a equipa o seu conhecimento	1	2	3	4	5
6. Trocamos e-mails e telefonemas com histórias engraçadas que aconteceram no trabalho	1	2	3	4	5
7. Organizamos as informações que partilhamos nas sessões de trabalho	1	2	3	4	5

8. No final do dia e nos intervalos, conversamos de forma descontraída sobre os mais variados assuntos	1	2	3	4	5
9. Quando temos um problema relacionado com trabalho somos ajudados por quem mais sabe do assunto dentro do hospital	1	2	3	4	5
10. Trocamos conhecimento com outros grupos do hospital em reuniões presenciais e/ou virtuais	1	2	3	4	5
11. Quando trabalhamos com um colega de outra equipa partilhamos conhecimento importante	1	2	3	4	5
12. Conversamos sobre a nossa equipa quando casualmente nos encontramos	1	2	3	4	5
13. Em momentos de descontração, os colegas mais antigos contam-nos histórias passadas no hospital	1	2	3	4	5
14. Acedemos a conhecimento importante em conversas ocasionais (e.g., quando nos cruzamos no corredor ou quando tomamos café)	1	2	3	4	5

Atualmente, na minha equipa de trabalho...

1. Temos documentos que explicam o processo de desenvolvimento da nossa prestação de cuidados	1	2	3	4	5
2. Agimos e trabalhamos com base na confiança que temos uns nos outros	1	2	3	4	5
3. Sem nos darmos conta, organizamo-nos em função da nossa estratégia	1	2	3	4	5
4. Conhecemos os documentos legais relativos ao conhecimento do nosso hospital (e.g. Regulamentos, protocolos, Normas e Circulares Normativas)	1	2	3	4	5
5. Formalizamos e/ou temos formalizados procedimentos e rotinas para desenvolver o nosso trabalho	1	2	3	4	5
6. Sabemos intuitivamente como agir na nossa equipa	1	2	3	4	5
7. Projetamos uma imagem da nossa equipa quando conversamos com os restantes colaboradores do hospital	1	2	3	4	5
8. Somos identificados no hospital como uma equipa com características específicas	1	2	3	4	5
9. Conhecemos a opinião que existe no hospital acerca da nossa equipa	1	2	3	4	5
10. Temos documentos que descrevem as competências necessárias para a nossa equipa	1	2	3	4	5
11. Organizamo-nos em função do conhecimento que possuímos	1	2	3	4	5
12. Somos vistos com uma identidade própria pelas outras equipas do hospital	1	2	3	4	5
13. Temos uma reputação marcada dentro do hospital	1	2	3	4	5
14. O que sabemos está guardado em documentos físicos e/ou virtuais (e.g., bases de dados/protocolos/intranet/guidelines)	1	2	3	4	5
15. Trabalhamos e agimos de acordo com um conjunto valores, princípios e símbolos	1	2	3	4	5
16. Temos relatórios disponíveis para consulta (e.g., resultados de questionários, relatórios da qualidade, relatórios de contas)	1	2	3	4	5
17. Neste hospital há uma opinião geral acerca da nossa equipa	1	2	3	4	5
18. Interagimos e comunicamos de um modo compreensível com todos	1	2	3	4	5
19. Compreendemos os objetivos da equipa	1	2	3	4	5

Leia cada frase com atenção e indique **em que medida cada uma delas se aplica no momento presente, à sua equipa.**

Classifique cada frase de acordo com a seguinte escala:

1.	2.	3.	4.	5.
Quase não se aplica	Aplica-se pouco	Aplica-se moderadamente	Aplica-se muito	Aplica-se quase totalmente
ou Não se aplica				ou Aplica-se totalmente

Atualmente, na minha equipa de trabalho...

1. Refletimos sobre os nossos sucessos e/ou insucessos	1	2	3	4	5
2. Analisamos criticamente as nossas rotinas, ações e formas de fazer as coisas	1	2	3	4	5
3. Procuramos perceber o significado de cada novo projeto	1	2	3	4	5
4. Para tomar decisões dialogamos e/ou refletimos criticamente sobre os resultados anteriores alcançados	1	2	3	4	5
5. Temos de desaprender alguns hábitos antigos para fazer melhor	1	2	3	4	5
6. Dialogamos sobre as regras que regulam o nosso funcionamento	1	2	3	4	5
7. Procuramos alinhar as nossas ações com os objetivos da equipa	1	2	3	4	5

Atualmente, na minha equipa de trabalho...

1. Recuperamos o conhecimento que fomos organizando e armazenando ao longo do tempo	1	2	3	4	5
2. Recuperamos modos de pensar e de agir que nos conduziram ao sucesso no passado	1	2	3	4	5
3. Executamos tarefas sem pensarmos no conhecimento que estamos a aplicar	1	2	3	4	5
4. Quando trabalhamos temos em conta conhecimento do qual não estamos conscientes no momento	1	2	3	4	5
5. Realizamos uma parte do nosso trabalho com base em conhecimento que surge automaticamente	1	2	3	4	5
6. Realizamos uma parte do nosso trabalho de forma intuitiva	1	2	3	4	5
7. O nosso conhecimento vê-se na nossa prestação de cuidados	1	2	3	4	5
8. Recuperamos informação/conhecimento que está no site/intranet/manuais do hospital	1	2	3	4	5
9. O nosso conhecimento melhora o nosso desempenho	1	2	3	4	5
10. O nosso conhecimento é útil para o nosso trabalho	1	2	3	4	5
11. Quando trabalhamos temos em conta sem querer os valores da nossa equipa	1	2	3	4	5
12. Recuperamos soluções que foram validadas e armazenadas por nós no passado	1	2	3	4	5
13. O nosso conhecimento aumenta a nossa produtividade	1	2	3	4	5

14. O nosso conhecimento torna a equipa mais eficaz	1	2	3	4	5
15. Recuperamos o conhecimento que resultou das nossas reflexões em equipa	1	2	3	4	5
16. Recuperamos as melhores práticas desenvolvidas pelo nosso hospital	1	2	3	4	5
17. O nosso conhecimento melhora a qualidade do que fazemos	1	2	3	4	5
18. Quando trocamos impressões surge informação/conhecimento sem nos darmos conta	1	2	3	4	5

Dados Pessoais

1. Idade (em anos): _____.

2 Sexo

Masculino

Feminino

3 Graus académicos e diplomas não conferentes de grau académico

3.1 Bacharelato

3.2 Licenciatura

3.3 Pós-graduação

3.4 Pós-Licenciatura

3.5 Mestrado

3.6 Doutoramento

4 Departamento / serviço onde trabalha:

4.1 Cirurgia

4.2 Medicina

4.3 Mulher e Criança

4.4 Psiquiatria e Saúde Mental

4.5 Urgência

4.6 Bloco Operatório / UCA

4.7

UCI

5 Carreira de Enfermagem:

5.1

Enfermeiro

5.2

Enfermeiro Especialista

5.3

Enfermeiro Gestor

6. **Antiguidade no Hospital** (valor aproximado): _____ anos e _____ meses;7. **Antiguidade na equipa** (valor aproximado): _____ anos e _____ meses**8. Formação em serviço**

8.1 Existe um plano de formação anual no seu serviço:

sim

☐

não

☐

8.2 Participa na sua elaboração

sim

☐

não

☐

8.3 Se sim, de que forma? _____

9. Publicação de artigos

9.1 Publicou algum artigo nos últimos 5 anos

sim

☐

não

☐

9.2 Se sim onde? _____

10. Integração de novos elementos no serviço

10.1 Já foi tutor (elemento responsável) da integração de algum novo elemento no serviço

sim

☐

não

☐

10.2 Possui alguma formação na área de supervisão clínica

sim

☐

não

☐

10.3 Se sim qual: _____

11. Desempenha funções noutra instituição em regime de acumulação

sim

☐

não

☐

12. Já desempenhou funções noutra instituição em regime de acumulação

sim

☐

não

☐**Muito obrigado pela sua colaboração!**

ANEXO V – Texto de email enviado pelo correio interno da instituição

Solicitação de colaboração em estudos sobre gestão do conhecimento em equipas de trabalho



Lizardo Lopes

Responder

Responder a Todos

Reencaminhar



Para Ana Lúcia Gonçalves; Ana Rita Abreu; Ana Tavares; Anabela Cunha Silva; Bárbara Saloio; Carina Condeço; Diogo Folgado; Elisabete Garcia; Filipe Patrício; Helena César; Isabel Cardoso; Isabel Novo; Isilda Gomes; Leonor Carvalho; Liliana Matias; Manuel Malacas; Márcio Lopes; Marco Reis Silva; Mariana Tomás; Paula Abreu; Ramiro Cruz; Sandra Sousa; Vera Pedro

sex 17/01/2020 12:15

Esta é a versão mais recente, mas fez alterações a outra cópia. Clique aqui para ver as outras versões.

Attachments

Kanban for Outlook

+ Obter mais suplementos

Caros colegas serve o presente para solicitar a vossa colaboração num estudo sobre gestão do conhecimento em equipas de trabalho com o objetivo de caracterizar a gestão do conhecimento em equipas de enfermagem no Hospital Distrital de Santarém

Este estudo é desenvolvido por mim no âmbito de uma dissertação de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde no Instituto Politécnico de Santarém com a supervisão do Professor Doutor José Amendoeira (Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Santarém) e do Professor Doutor Ricardo São João (Escola Superior de Gestão – Instituto Politécnico de Santarém).

A recolha de dados será efetuada através de um questionário que se encontra ao cuidado da Sra. Enfermeira Isabel Cardoso.

Na leitura do questionário, se lhe surgir alguma dúvida ou questão adicional no seu preenchimento, por favor sinta-se livre em contactar-me pelo email jose.lopez@hds.min-saude.pt ou através das extensões interna do HDS 5141.

Bem sei que o tempo no vosso serviço precioso pelo que agradeço desde já os 15 minutos que despenderão no preenchimento deste instrumento.

Sem outro assunto de momento

Atenciosamente

José Lopes



ANEXO VI – Pedido de autorização ao autor para utilização do instrumento de colheita de dados

Re: Pedido de utilização do instrumento Gestão do Conhecimento em Equipas (GCE)



Leonor Pais <leonorpais@fpce.uc.pt>

Para José Manuel Lizardo Lopes

Cc lcardoso@fpce.uc.pt

 Respondeu a esta mensagem a 16/02/2019 18:35.

 Responder  Responder a Todos  Reencaminhar 

sáb 16/02/2019 18:04

Estimado José Lopes,

Agradeço, desde já, o interesse em usar o questionário de GC em equipas. É claro que o pode usar. Pode utilizar a versão integral (que possui sub-escalas que não remetem para os próprios processos de GC, mas que são seus catalisadores, ou, em alternativa, usar só as sub-escalas de GC (todas ou algumas). Esta decisão deve tomá-la em função dos objetivos que se propõe alcançar. Estou disponível se precisar de algo mais.

Cordialmente

Leonor Pais (o meu nome sofreu alterações)

ANEXO VII - Aprovação pelo enfermeiro diretor

Recolha de dados - Dissertação



João Formiga

Para Lizardo Lopes

Reencaminhou esta mensagem a 10/05/2019 19:56.

[Attachments](#)

[Kanban for Outlook](#)

[+ Obter mais suplementos](#)

Responder

Responder a Todos

Reencaminhar



sex 10/05/2019 17:32

Boa tarde caro José!

Relativamente ao email infra e à dissertação que estás a realizar no âmbito da Gestão de Unidades de Saúde, venho por este meio informar da minha total concordância e autorização para a recolha de dados necessária.

Qualquer aspecto adicional estou à inteira disposição

Os melhores cumprimentos

João Formiga
Enfermeiro Diretor
Hospital Distrital de Santarém

ANEXO VIII – Parecer favorável da comissão de ética



Santarém, 1 de Outubro de 2019

Apreciação e Votação do Parecer

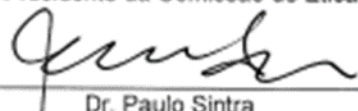
A Comissão de Ética apreciou o pedido de autorização para realização do estudo clínico intitulado ***"Caraterização da gestão do conhecimento em equipas de enfermagem no Hospital Distrital de Santarém, EPE - aplicação do instrumento multidimensional de gestão do conhecimento em equipas"*** pelo Enf. José Manuel Lizardo Lopes analisado pela Prof.ª Pires Rosa, com parecer favorável pelo que a Comissão de Ética aprovou a sua realização.

O processo foi votado pelos Membros da Comissão de Ética do HDS presentes.

Presidente: Dr. Paulo Sintra
Prof. Maria da Conceição Rosa
Dr.ª Ana Martinho do Rosário
Dr. Luis Siopa
Dr. João Cotrim
Enf.ª Manuela Freire
Padre João Borga

RESULTADO DA VOTAÇÃO: PARECER FAVORÁVEL

O Presidente da Comissão de Ética


Dr. Paulo Sintra

ANEXO IX – Parecer favorável para utilização do nome da instituição

GI-TI-06.19



Santarém
Vogal Executiva
[Assinatura]
Dra Sónia Sanfona

Ao

Conselho de Administração 12.03.20
do Hospital Distrital de Santarém, EPE

Nome José Manuel Lizardo Lopes N.º Mec. 21920

Vínculo: ☒ RCTFP ☐ CIT ☐ CTT Resolutivo

Categoria Enfermeiro colocado(a) no Serviço de
Bloco Operatório Central, vem requerer a V. Exa.

Autorização para no âmbito da frequência do 1º Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde, uma parceria entre a Escola Superior de Gestão e Tecnologia e a Escola Superior de Saúde de Santarém, do Instituto Politécnico de Santarém, autorização de utilização do nome do Hospital Distrital de Santarém, EPE, e Departamentos/serviços onde foi aplicado o instrumento de colheita de dados, no relatório de dissertação, assim como das apresentações públicas e artigos decorrentes da respectiva dissertação. O estudo foi apreciado pela Comissão de Ética que emitiu PARECER FAVORÁVEL.

Nota: em anexo CÓPIA de parecer da Comissão de Ética

Fundamento(s):

No referido Mestrado encontro-me a desenvolver uma dissertação com o título "Caracterização da gestão do conhecimento em equipas de Enfermagem no Hospital Distrital de Santarém, EPE. - Aplicação do instrumento multidimensional de gestão do conhecimento em equipas".

Para efeitos de / ou motivos de:

Pede deferimento

Santarém, 05 de Março de 20 20

[Assinatura]
(Assinatura)

ANEXO X- Tabelas de dados sóciodemográficos

Sexo	N	%	% acumulada
Masculino	25	19,5	19,5
Feminino	103	80,5	100
Total	128	100	

Idade			
21 a 25 anos	7	5,5	5,5
26 a 30 anos	17	13,3	18,8
31 a 35 anos	40	31,3	50
36 a 40 anos	19	14,8	64,8
41 a 45 anos	11	8,6	73,4
46 a 50 anos	15	11,7	85,2
51 a 55 anos	9	7	92,2
56 a 60 anos	8	6,3	98,4
61 a 65 anos	2	1,6	100
Total	128	100	

Departamento / serviço onde trabalha			
Cirurgia	40	31,3	31,3
Medicina	24	18,8	50
Mulher/Criança	8	6,3	56,3
Urgencia	13	10,2	66,4
BO /UCA	26	20,3	86,7
UCI	17	13,3	100
Total	128	100	

Antiguidade no Hospital			
Menos 5 anos	36	28,1	28,1
5 a 10 anos	23	18	46,1
11 a 15 anos	22	17,2	63,3
16 a 20 anos	14	10,9	74,2
21 a 25 anos	14	10,9	85,2
26 a 30 anos	7	5,5	90,6
Superior a 30 anos	12	9,4	100
Total	128	100	

Antiguidade na equipa

Menos 5 anos	53	41,4	41,4
5 a 10 anos	31	24,2	65,6
11 a 15 anos	13	10,2	75,8
16 a 20 anos	9	7	82,8
21 a 25 anos	11	8,6	91,4
26 a 30 anos	8	6,3	97,7
Superior a 30 anos	3	2,3	100
Total	128	100	

Graus académicos diplomas não conferentes de grau académico

	N	%	% acumulada
Bacharelato	1	0,8	0,8
Licenciatura	80	62,5	63,3
Pós-graduação	7	5,5	68,8
Pós-Licenciatura	11	8,6	77,3
Mestrado	8	6,3	83,6
Doutoramento	0	0	83,6
Licenciatura e pós-graduação	15	11,7	95,3
Licenciatura, Pós-graduação, Pós-licenciatura e Mestrado	2	1,6	96,9
Pós-graduação e pós-licenciatura	2	1,6	98,4
Pós-graduação, pós-licenciatura e Mestrado	1	0,8	99,2
Pós-licenciatura e Mestrado	1	0,8	100
Total	128	100	

Carreira de Enfermagem

Enfermeiro	105	82	82
Enfermeiro Especialista	19	14,8	96,9
Enfermeiro Gestor	4	3,1	100
Total	128	100	

Tipo formação de formação em supervisão clínica		N	%	% válida	% acumulada
	Disciplina integrada em Curso de Especialização	2	1,6	16,7	16,7
	Disciplina integrada em Mestrado	3	2,3	25	41,7
	Curso de Supervisão clínica em Instituto politécnico	1	0,8	8,3	50
	Pós-graduação em Supervisão Clínica em Enfermagem	2	1,6	16,7	66,7
	Formação realizada por Escola Superior de Enfermagem para acompanhamento de alunos em estágio	1	0,8	8,3	75
	Formação realizada pelo HDS	1	0,8	8,3	83,3
	Frequência de pós-graduação em Supervisão Clínica	1	0,8	8,3	91,7
	Pós-graduação em supervisão e ensino clínico	1	0,8	8,3	100
	Total	12	9,4	100	
Omisso	Sistema	116	90,6		
Total		128	100		

Acumulação de funções noutra instituição atualmente		N	%	% acumulada
Sim		16	12,5	12,5
Não		112	87,5	100
Total		128	100	

Acumulação de funções noutra instituição no passado				
Sim		61	47,7	47,7
Não		67	52,3	100
Total		128	100	

Forma de participação no plano de formação		N	%	% válida	% acumulada
	Sugestão de temas	12	9,4	27,9	27,9
	Como formador	17	13,3	39,5	67,4
	Diagnóstico das necessidades formativas do serviço	4	3,1	9,3	76,7
	Diagnóstico e implementação / Responsável pela formação	3	2,3	7	83,7
	Não indica a sua forma de participação	4	3,1	9,3	93
	Diagnóstico das necessidades de formação e formador	1	0,8	2,3	95,3
	Diagnóstico e implementação / responsável pela formação e formador	1	0,8	2,3	97,7
	Responsável pela formação de serviço, formador e formando	1	0,8	2,3	100
	Total	43	33,6	100	
Omisso	Sistema	85	66,4		
Total		128	100		

Publicação de artigos científicos	N	%	% acumulada
Sim	16	12,5	12,5
Não	112	87,5	100,0
Total	128	100	

Formação em supervisão clínica	N	%	% acumulada
Sim	16	12,5	12,5
Não	112	87,5	100
Total	128	100	

ANEXO XI – Variáveis dependentes: Tabelas de medidas de tendência central e dispersão

Criação e aquisição do conhecimento

	Total escala	INTERNA	EXTERNA
MODA	4,0	4,0	3,0
MEDIANA	3,0	4,0	3,0
Mínimo	3,0	3,0	3,0
1º Quartil (25%)	3,0	3,0	2,0
2º Quartil (50%)	3,0	4,0	3,0
3º Quartil (75%)	4,0	4,0	4,0
Máximo	4,0	4,0	4,0
Amplitude Interquartil	1,0	1,0	2,0

Atribuição de sentido ao conhecimento

	Total da escala
MODA	4,0
MEDIANA	4,0
Mínimo	1,0
1º Quartil (25%)	3,0
2º Quartil (50%)	4,0
3º Quartil (75%)	4,0
Máximo	5,0
Amplitude Interquartil	1,0

Partilha e difusão do conhecimento

	Total da escala	Intencional	Não Intencional
MODA	3,0	3,0	4,0
MEDIANA	3,0	3,0	3,0
Mínimo	1,0	1,0	1,0
1º Quartil (25%)	2,0	2,0	3,0
2º Quartil (50%)	3,0	3,0	3,0
3º Quartil (75%)	4,0	4,0	4,0
Máximo	5,0	5,0	5,0
Amplitude Interquartil	2,0	2,0	1,0

Memória da equipa

	Total da escala	Memória interna Intencional	Memória Interna Tácita	Memória Externa
MODA	4,0	3,0	4,0	4,0
MEDIANA	4,0	3,0	4,0	3,0
Mínimo	1,0	1,0	1,0	1,0
1º Quartil (25%)	3,0	3,0	3,0	3,0
2º Quartil (50%)	4,0	3,0	4,0	3,0
3º Quartil (75%)	4,0	4,0	4,0	4,0
Máximo	5,0	5,0	5,0	5,0
Amplitude Interquartil	1,0	1,0	1,0	1,0

Recuperação e utilização do conhecimento

	Total da escala	Recuperação Controlada	Recuperação Automática	Utilização do conhecimento
MODA	4,0	3,0	3,0	4,0
MEDIANA	4,0	3,0	3,0	4,0
Mínimo	1,0	1,0	1,0	1,0
1º Quartil (25%)	3,0	3,0	3,0	4,0
2º Quartil (50%)	4,0	3,0	3,0	4,0
3º Quartil (75%)	4,0	4,0	4,0	5,0
Máximo	5,0	5,0	5,0	5,0
Amplitude Interquartil	1,0	1,0	1,0	1,0

Catalisadores: Líder e equipa

	Total escala	Líder	Equipa
MODA	4,0	4,0	4,0
MEDIANA	4,0	4,0	3,5
Mínimo	1,0	1,0	1,0
1º Quartil (25%)	3,0	3,0	3,0
2º Quartil (50%)	4,0	4,0	3,5
3º Quartil (75%)	4,0	4,0	4,0
Máximo	5	5,0	5,0
Amplitude Interquartil	1,0	1,0	1,0

Catalisadores: Organização

Organização	
MODA	2,0
MEDIANA	2,0
Mínimo	1,0
1º Quartil (25%)	1,0
2º Quartil (50%)	2,0
3º Quartil (75%)	2,0
Máximo	5,0
Amplitude Interquartil	1,0

ANEXO XII – Estatística de teste: Quadros do SPSS

Criação e aquisição do conhecimento.

Correlations

			Criação e aquisição interna	Criação e aquisição externa
Spearman's rho	Criação e aquisição interna	Correlation Coefficient	1,000	,617**
		Sig. (2-tailed)	.	,000
		N	128	128
	Criação e aquisição externa	Correlation Coefficient	,617**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,000	.
		N	128	128

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Partilha e difusão do conhecimento

Correlations

			Partilha e difusão Intencional	Partilha e difusão não intencional
Spearman's rho	Partilha e difusão Intencional	Correlation Coefficient	1,000	,347**
		Sig. (2-tailed)	.	,000
		N	128	128
	Partilha e difusão não intencional	Correlation Coefficient	,347**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,000	.
		N	128	128

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Memória da equipa

Hypothesis Test Summary				
	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of Memória da equipa is the same across categories of Grupo_Memoria.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,003	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,050.

Independent-Samples Kruskal-Wallis Test

Memória da equipa across Grupo_Memoria

Independent-Samples Kruskal-Wallis Test Summary	
Total N	384
Test Statistic	11,871 ^a
Degree Of Freedom	2
Asymptotic Sig.(2-sided test)	,003

a. The test statistic is adjusted for ties.

Recuperação e utilização do conhecimento

Hypothesis Test Summary				
	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of Recuperação e utilização do conhecimento is the same across categories of Grupo_Rec_Utz.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,000	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,050.

Independent-Samples Kruskal-Wallis Test

Recuperação e utilização do conhecimento across Grupo_Rec_Utz

Independent-Samples Kruskal-Wallis Test Summary	
Total N	384
Test Statistic	132,531 ^a
Degree Of Freedom	2
Asymptotic Sig.(2-sided test)	,000

a. The test statistic is adjusted for ties.

Catalisadores do conhecimento

Hypothesis Test Summary				
	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of Catalisadores is the same across categories of Grupo_Catalisadores.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,000	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,050.

Independent-Samples Kruskal-Wallis Test

Catalisadores across Grupo_Catalisadores

Independent-Samples Kruskal-Wallis Test Summary	
Total N	384
Test Statistic	199,470 ^a
Degree Of Freedom	2
Asymptotic Sig.(2-sided test)	,000

a. The test statistic is adjusted for ties.

ANEXO XIII – Quadro de interpretação do coeficiente de correlação

Size of Correlation	Interpretation
.90 to 1.00 (-.90 to -1.00)	Very high positive (negative) correlation
.70 to .90 (-.70 to -.90)	High positive (negative) correlation
.50 to .70 (-.50 to -.70)	Moderate positive (negative) correlation
.30 to .50 (-.30 to -.50)	Low positive (negative) correlation
.00 to .30 (.00 to -.30)	negligible correlation

Fonte: Hinkle D.E, Wiersma W, J. S. (2003). Applied Statistics for the Behavioral Sciences (Edition, 5). Boston: Wadsworth Publishing.