

MARIA MANUELA MÓSCA DURÃO

GESTÃO DO CONHECIMENTO EM SAÚDE

Práticas em Contexto de Cuidados Intensivos

Orientador: Prof. Doutor Carlos Zorrinho

Dissertação de Mestrado em Organização e Sistemas de Informação

“Esta dissertação não inclui as críticas e sugestões feitas pelo júri”

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

2004

MARIA MANUELA MÓSCA DURÃO

GESTÃO DO CONHECIMENTO EM SAÚDE

Práticas em Contexto de Cuidados Intensivos

Orientador: Prof. Doutor Carlos Zorrinho



149362

Dissertação de Mestrado em Organização e Sistemas de Informação

“Esta dissertação não inclui as e críticas e sugestões feitas pelo júri”

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

2004

MARIA MANUELA MÓSCA DURÃO

GESTÃO DO CONHECIMENTO EM SAÚDE

Práticas em Contexto de Cuidados Intensivos

Orientador: Prof. Doutor Carlos Zorrinho

Dissertação de Mestrado em Organização e Sistemas de Informação

“Esta dissertação não inclui as e críticas e sugestões feitas pelo júri”

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

2004

MARIA MANUELA MÓSCA DURÃO

GESTÃO DO CONHECIMENTO EM SAÚDE

Práticas em Contexto de Cuidados Intensivos

**Dissertação apresentada para obtenção do grau de
Mestre em Organização e Sistemas de informação,
na Universidade de Évora**

Orientador: Prof. Doutor Carlos Zorrinho

Dissertação de Mestrado em Organização e Sistemas de Informação

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

2004

“Em primeiro lugar, para explicar o inexplicável, deposita-se grande confiança na linguagem figurada e no simbolismo. Em segundo lugar, para transmitir conhecimento, o conhecimento pessoal de um indivíduo deve ser compartilhado com outros. Em terceiro lugar, nascem novos conhecimentos em meio à ambiguidade e redundância”

Nonaka e Takeuchi

AGRADECIMENTOS

A abrir estas páginas, uma palavra de agradecimento, necessariamente a quem do devido, às pessoas que contribuíram para a realização deste trabalho.

Ao Professor Doutor Carlos Zorrinho, o meu sincero reconhecimento e agradecimento, pelo estímulo, incentivo e apoio constantes ao longo deste percurso.

A todos os profissionais de saúde envolvidos pelo seu precioso contributo e sem o qual não teria sido possível.

Aos amigos e colegas do mestrado, pelo estímulo e apoio que me transmitiram ao longo desta caminhada.

Ao meu marido e aos meus filhos João e Luís, pelos dias privados de convívio, pelo apoio permanente e pela força nos momentos de desânimo.

Por fim as minhas desculpas se alguém esqueci.

RESUMO

A presente dissertação pretende mostrar a forma como a equipa de saúde de uma Unidade de Cuidados Intensivos, inserida numa organização hospitalar pública, actua na prestação de cuidados de saúde, ao doente em estado crítico.

Ao abordar o comportamento organizacional destas unidades, procurou-se avaliar a importância do conhecimento humano, o envolvimento dos dois grupos profissionais dominantes (médicos e enfermeiros), nas suas actividades e procedimentos, na tomada de decisão, na partilha de conhecimento e experiências. A gestão do conhecimento foi analisada em três unidades de cuidados intensivos. As unidades analisadas embora não tenham uma cultura própria de gestão do conhecimento, evidenciam-se pela partilha de conhecimento e Know-how, pela actuação eficaz, eficiente e emergente, onde a vida não tem preço, e cujo objectivo final, é a prestação de cuidados de saúde ao doente, na recuperação das suas funções vitais. A partilha de conhecimento, a competência e a motivação foram relevantes neste estudo exploratório. É importante realçar que a organização sabe o caminho que trilha e como pode alcançar os seus objectivos. Neste contexto define-se, inova-se, forma-se e constrói-se por si própria.

Palavras-chave: conhecimento, informação, saúde, vida, know-how, competência

ABSTRACT

**MANAGEMENT OF THE KNOWLEDGE IN HEALTH
PRACTICES IN CONTEXT OF INTENSIVE CARES**

The present dissertation pretends to show the way staff of an Intensive Care Unit – inserted in the facilities of a public hospital – act in rendering health care to patients in a critical state.

When approaching the organizational behaviours of these units, we tried to evaluate the importance of the human knowledge, the involvement of the two dominant professional groups (doctors and nurses), in their tasks and procedures, in reaching a decision, in sharing knowledge and experience. The management of knowledge was analyzed in three Intensive Care Units. Although the analysed units don't have their own method of managing this knowledge, they have their plain evidence in sharing their knowledge and 'Know-how', through an effective, efficient and emergent performance where life has no price, and whose final goal is the rendering of health care to patients recovering their vital functions. Sharing knowledge, the competence and the motivation were relevant in this exploratory study. It is important to enhance that the organization knows the road it is treading and how it can reach their objectives. In this context it defines, innovates, forms and builds itself and on its own.

Key words: knowledge, information, health, life, know-how, competence

SIGLAS E ABREVIATURAS

DGS – Direcção Geral de Saúde

DRH – Departamento de Recursos Humanos da Saúde

EEG – Electroencefalograma

ECG – Electrocardiograma

NAS – Nursing Activities Score

OMS – Organização Mundial de Saúde

PCO2 – Pressão do dióxido de carbono no sangue

PICIS – Programa informáticos cuidados intensivos

RX – Raio X

SNS – Sistema Nacional de Saúde

S/UCI – Serviço/Unidade de Cuidados Intensivos

TA – Tensão ou Pressão Arterial

TAC – Tomografia Axial Computadorizada

TISS –Therapeutic intervention scoring system

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIs – Unidades de Cuidados Intensivos

SUMÁRIO

1 – <u>INTRODUÇÃO</u>	14
1.1 – <u>MOTIVAÇÃO E OBJECTIVOS</u>	17
2 – <u>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</u>	21
2.1 – <u>O HOSPITAL COMO ORGANIZAÇÃO</u>	21
2.1.1 – <u>A Medicina Intensiva</u>	28
2.1.1.1 – <u>Uma célula da organização hospitalar –UCI</u>	31
2.2 – <u>ORGANIZAÇÃO VERSUS CONHECIMENTO</u>	38
2.2.1 – <u>O conhecimento – da criação à sua utilização</u>	45
2.2.1.1– <u>tipos de conhecimento</u>	52
2.2.2 – <u>O conhecimento organizacional</u>	58
2.2.2.1 – <u>Gestão das pessoas – formação/competência profissional</u> ..	63
2.2.3 - <u>O conhecimento em movimento</u>	71
2.2.3.1 – <u>A importância do conhecimento nas organizações</u>	75
2.3 – <u>GESTÃO DO CONHECIMENTO EM CONTEXTO DE SAÚDE</u>	78
2.3.1 – <u>A gestão do conhecimento como factor de melhoria na qualidade da prestação de cuidados de saúde numa UCI</u>	84
3 – <u>FUNDAMENTAÇÃO METODOLÓGICA</u>	97
3.1 – <u>PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</u>	97
3.1.1 – <u>População alvo</u>	98
3.1.2 – <u>Instrumento de colheita de dados</u>	99
3.1.3 – <u>Limitações do estudo</u>	101
3.2 – <u>ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS</u>	101
3.2.1 – <u>Caracterização da população do estudo</u>	102
3.2.2 – <u>Gestão do conhecimento na UCI</u>	104
3.2.2.1 – <u>Prioridades de utilização dos sistemas de valor representativos do conhecimento na UCI</u>	107
3.2.2.2 – <u>Aquisição de conhecimento para a prestação de cuidados de saúde na UCI</u>	109
3.2.2.3– <u>Orientações gerais na construção do conhecimento na UCI</u> ..	111

3.2.2.4 – Factores facilitadores na gestão do conhecimento na UCI ...	115
3.2.3 – <u>Actividades dos profissionais de saúde como partilha de conhecimento na UCI</u>	120
3.2.4 – <u>Competência profissional na área da informação/ conhecimento em ambiente de complexidade – UCI</u>	127
3.2.5 – <u>Gestor do conhecimento na UCI</u>	131
4 – <u>CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES</u>	134
5- <u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	143

SEQUÊNCIA DE FIGURAS

Figura nº 1 – Espiral do conhecimento	57
Figura nº2 – Geração do conhecimento e da inteligência	66

SEQUÊNCIAS DE GRÁFICOS

Gráfico nº1 – Actividade profissional.....	102
Gráfico nº 2 – Tempo de actividade profissional/tempo de actividade	103
Gráfico nº 3 – Sistemas de valor representativos do conhecimento	105
Gráfico nº 4 – Prioridades de utilização dos sistemas de valor do conhecimento.....	107
Gráfico nº 5 – Aquisição de conhecimento e informação	109
Gráfico nº 6 – Tipo de conhecimento utilizado em situação de risco de vida	110
Gráfico nº 7 – Partilha de conhecimento	120
Gráfico nº 8 – Ambiente de trabalho	121
Gráfico nº 9 – Conhecimentos adquiridos para actuar	125
Gráfico nº 10 – Figura de gestor do conhecimento	132

SEQUÊNCIA DE TABELAS

Tabela nº 1 – Orientações gerais do conhecimento na UCI	112
Tabela nº 2 – Factores facilitadores do conhecimento na UCI	116
Tabela nº 3 – Competências dos profissionais de saúde na UCI	129

1 – INTRODUÇÃO

“ A expressão ‘Sociedade da Informação’ refere-se ao modo de desenvolvimento social e económico em que a aquisição, armazenamento, processamento, valorização, transmissão, distribuição e disseminação de informação conducente à criação de conhecimento e à satisfação das necessidades dos cidadãos e das empresas, desempenham um papel central na actividade económica, na criação de riqueza, na definição da qualidade de vida dos cidadãos e das suas práticas culturais.”
(Livro Verde para a Sociedade de Informação em Portugal)

O alargamento das redes digitais de informação, traves-mestras da sociedade da informação, abriu novos horizontes ao planeamento e conceptualização de sistemas de informação, que levam agora em conta o ambiente em que a organização se insere, integrando, em tempo real, toda a cadeia de valor, reforçando os laços entre clientes, parceiros e fornecedores e, em última análise, modificando o modelo de negócios de diversos sectores da economia mundial.

O conhecimento tornou-se a palavra-chave e o seu investimento para otimizar o bom profissional configura-se, actualmente, em muitas organizações, como uma prioridade. Prioridade esta que está sendo constantemente repensada e, reestruturada para acompanhar a evolução tecnológica e do pensamento do profissional dos nossos dias.

O conhecimento passou a ser o principal activo das organizações, uma vez que representa o manancial natural da inteligência no ambiente organizacional. A “equipa” passou a ser encarada de forma mais ampla e responsável, mais autónoma e pensante, com acções de carácter decisório, no partilhar de processos, problemas e soluções.

O conhecimento tornou-se o recurso económico mais importante para a competitividade das organizações e dos países. As organizações são constituídas por pessoas e, o conhecimento dos seus recursos humanos é o seu recurso mais valioso. O fundamental é o capital humano, pois é ele que gere os outros.

A gestão do capital intelectual faz-se por meio da gestão do conhecimento e da informação. A informação é a matéria-prima do momento, a mais cara e a mais importante, para todo o tipo de organização. Cada organização tem de descobrir, em primeiro lugar, quais são os conhecimentos que ela deve ter, para ser eficaz, eficiente e competitiva no mercado.

De facto a vida individual e colectiva é, em todos os domínios, dominada pelo conhecimento, partilhado cada vez mais através de técnicas simples mas extremamente poderosas, em que a fidedignidade e a rapidez são factores de sucesso essenciais. Abateram-se as barreiras da distância, da linguagem e do tempo real para qualquer ponto desta aldeia “global”.

Como diz Zorinho (2000): *“Vivemos uma nova era. A era da informação, do conhecimento e da globalização. Uma nova era é o berço natural de uma nova economia. Uma economia fundada numa velha fonte de valor, hoje determinante – o conhecimento – e as novas plataformas e tecnologias que permitem a sua difusão, circulação e troca.”*

No campo da saúde, a evolução do conhecimento científico e tecnológico, a especialização crescente e a eficácia dos modelos preventivos e terapêuticos, estão hoje fortemente ancorados na noção de sistema de Saúde. Isto pressupõe que a relação profissional de saúde/utente – embora central – é apenas um momento ou uma circunstância de áreas de intervenção e de conhecimento.

A avaliação das necessidades em saúde, a prevenção da doença, o seu despiste precoce, o diagnóstico e a terapêutica da doença aguda, o apoio e tratamento do doente crónico, são hoje, actividades que requerem crescente especialização e meios próprios. A integração deste conjunto de acções, o seu planeamento, coordenação, controle e avaliação, e também, os mecanismos de financiamento que têm de lhes estar associados, colocam-nos desafios importantes em matéria de informação e conhecimento.

Da informação macro-social, passando pela informação clínica, administrativa e financeira, de suporte à actividade dos diferentes actores do sistema, até à informação dos resultados, incluindo dados de produção, ganhos em saúde, satisfação de clientes, etc., a variedade de fontes, de indicadores, de

emissores e receptores, transforma o sector da saúde, porventura, no sector mais aliciante na perspectiva dos sistemas de informação.

Os sistemas de informação são instrumentos poderosos que podem e devem contribuir para a concretização de uma melhor política de saúde, a realização de uma melhor gestão das instituições do SNS, uma maior acessibilidade, encaminhamento e gestão dos utente/doentes e, em última análise uma melhor prestação de cuidados de saúde.

Vive-se uma época em que o sector da saúde – e os hospitais como face mais visível do sistema – é obrigado a proceder a profundas alterações, não só ao nível da conceptualização global e financiamento, mas sobretudo no domínio dos processos de gestão, com o objectivo de aumentar a eficácia da globalidade do sistema.

Novas relações são estabelecidas ou reforçadas, entre os diversos intervenientes dos Sistemas de saúde permitindo:

- o estabelecimento de novos canais com os consumidores, disponibilizando-lhes mais informação e introduzindo inovadoras formas de prestação de cuidados, mais acessíveis e mais centradas nas suas necessidades;
- o desenvolvimento de novas práticas de colaboração de trabalho, formação e investigação, mais flexíveis, continuas e direccionadas às premências do dia a dia;
- a introdução de novos processos de transacções, entre os diversos intervenientes na cadeia de valor, mais rápidos, eficientes e transparentes;
- a recolha, partilha e integração de informação proveniente de fontes dispersas e a melhoria da tomada de decisões em saúde.

As unidades de cuidados intensivos (UCI), hoje em dia, são exemplo desta inovação, e são estruturas essenciais no “edifício hospitalar”, onde a informação, o conhecimento, a tecnologia, estão em permanência constante, com a equipa multidisciplinar que transforma aquele ambiente aliciante, de frenesim, abrindo novos horizontes ao capital humano, bem como o aumento da esperança de vida e a melhoria dos cuidados aos doentes.

Estas unidades são consideradas por alguns autores, Souza et al (2004), como sendo o “*hospital do hospital*”. É aqui que se concentram os mais elevados recursos humanos, tecnológicos e de infra-estruturas de um hospital. São

locais qualificados para assumir a responsabilidade pelos doentes com disfunções de órgãos suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais. Lugar de esperança, mas por vezes também de sofrimento.

Por tudo isto é urgente apostar nos recursos humanos e na sua capacidade para acolher a inovação e o conhecimento e deles fazer parte.

Reflectindo sobre a hipótese de elaborar este trabalho, ao redigi-lo, parece-me oportuno referir, que as experiências pessoais e profissionais, nas vertentes: pessoal, profissional, científica, relacional e contextuais revelaram-se primordiais para a sua consecução, pelo que optei por esta área de interesse.

Desta conjugação nasce um tema “Gestão do conhecimento em saúde – práticas em contexto de cuidados intensivos”.

1.1 – MOTIVAÇÃO E OBJECTIVOS

Numa era de busca frenética pela competitividade, o conhecimento passou a ser uma ferramenta imprescindível como recurso competitivo nas organizações e no universo económico. Significa mudança, significa poder.

A aquisição de conhecimento passou a apresentar uma importância muito grande quando se percebeu que criar, organizar, reter e aprender configurou-se numa fórmula praticamente infalível contra a concorrência e a favor do desenvolvimento do trabalho.

A formação profissional, de forma individual ou colectiva, sua resposta à organização e ao mercado, a forma como se cria e transmite o conhecimento, é que vão mediar os resultados no ambiente organizacional.

Apesar da globalização exigir que as empresas e indivíduos desenvolvam actividades na cognição humana, o trabalho programado, braçal, ainda move muitas organizações, onde o estímulo do potencial cognitivo individual e colectivo, fica à deriva de tarefas repetitivas e pouco criativas.

A organização da aprendizagem tem vindo a ser apontada na literatura mais contemporânea (Nonaka e Takeuchi, 1997; Terra, 2000; Spitzer e Evans, 2000; O’ Dell e Grayson Jr., 2000) porque existe uma preocupação crescente pela forma de realização do trabalho no ambiente organizacional. Esta inovação

prevê a necessidade de aquisição constante de conhecimento, sua utilização nas actividades diárias, de forma criativa e constante, trazendo, além de controlo e poder, motivação da equipe com os resultados obtidos.

A nova sociedade do conhecimento não aceita mais ambientes inalterados, burocráticos, sem flexibilidade e integração. Ao contrário a criatividade, as acções integradas e arrojadas privilegiam inovações num ambiente não isolado, interdisciplinar, onde é possível tomar decisões sem comprometer a capacidade individual e muito menos os resultados positivos. Um ambiente criativo torna possível o desenvolvimento de habilidades individuais e colectivas e a plena gestão de conflitos. (O' Dell e Grayson Jr., 2000)

A operacionalização para criação, gestão, utilização e transmissão de informação/conhecimento é a espinha dorsal deste trabalho. A procura das formas pelas quais as unidades de cuidados intensivos hospitalares gerem (ou não) o conhecimento no seu ambiente de trabalho, adequando-as, ou não, à rotina dos seus profissionais a nível individual e em equipa, intriga de certo modo, quando se repensam as formas de desenvolvimento da criatividade, das inovações utilizadas, no investimento dos activos intangíveis.

Tendo presente que conhecimento significa, além de sucesso, custos para a organização, o retorno que o país ou organização têm sobre o conhecimento, é cada vez mais um factor determinante, de sua competitividade no "mercado" da saúde.

O intensivismo em saúde fez a sua estreia com a reanimação respiratória. O desenvolvimento da tecnologia e da pneumologia tem vindo ao longo dos tempos, a clarificar-se e as unidades de cuidados intensivos deixaram progressivamente de ser exclusivamente unidades de reanimação respiratória para se transformarem em unidades polivalentes. O intensivismo é hoje uma actividade globalizante que exige conhecimentos das patologias de todos os órgãos e sistemas e as relações complexas que entre elas se estabelecem. A multidisciplinaridade é hoje uma prática habitual e indispensável nas unidades de cuidados intensivos, quando entendida como um trabalho de equipa. O espaço físico limitado das mesmas gera proximidade/envolvimento entre tudo e todos. É proporcionado um diálogo constante, uma confrontação permanente de opiniões, na qual pouco a pouco tomamos parte (obrigando-nos, para tal, a

dotarmo-nos cada vez mais de conhecimentos práticos e teóricos) e, com isso um enriquecimento diário de toda a equipa.

As unidades de cuidados intensivos são hoje, objectivamente estruturas caras, pois gastam mais recursos do que outras áreas do hospital; isto não significa que esbanje recursos. Se pensarmos que, no futuro, a nossa tecnologia vai ser cada vez mais cara e os gastos com terapêutica vão aumentar, bem como com a formação do pessoal, as nossas premissas para medir os custos serão mais fortes, se se considerar que vida não tem preço e, que poderemos ter situações agudas de doenças que podem ser reversíveis e, conseqüentemente, recuperar ou melhorar a qualidade de vida dos doentes que por ali passaram, voltando à sua condição de cidadão.

Por tudo o que se disse, este trabalho de dissertação de mestrado justifica-se na medida em que escasseiam as pesquisas que têm sido realizadas em organizações hospitalares portuguesas, nomeadamente em Unidades de Cuidados Intensivos, onde o contexto de decisão está sempre presente no limiar entre a vida e a morte. Pretende-se conhecer como estas unidades estão criando e gerindo os seus activos intangíveis, em particular os seus conhecimentos, numa perspectiva de custo-benefício, providenciando informação aos gestores acerca do valor relativo de diferentes abordagens para a melhoria da saúde e/ou esperança de vida.

Neste contexto definiu-se como objecto de estudo a gestão de conhecimento na área da prestação de cuidados de saúde em meio hospitalar – unidade de cuidados intensivos. Neste âmbito colocaram-se várias questões sugestivas para o estudo em perspectiva: De que forma as unidades de cuidados intensivos se organizam para que a sua equipa seja capaz de criar, partilhar e gerir conhecimento? Como os profissionais de saúde partilham o conhecimento sem a utilização de recursos tecnológicos no apoio vital ao doente? Que tipo de competência na área da informação/conhecimento é utilizada pelos profissionais de saúde das unidades de cuidados intensivos na sua actuação emergente? Qual a concepção dos profissionais de saúde quanto à implementação da gestão de conhecimento para a optimização dos cuidados de saúde em contexto de medicina intensiva?

Uma das grandes preocupações na área das pesquisas direccionadas sobre o processo de criação do conhecimento organizacional, reside na forma como se elabora e se converte uma forma de conhecimento para outra e sua utilização (ou não) na organização como requisito para o desenvolvimento e sucesso.

Analisar a criação, gestão e benefício do conhecimento é um dos pontos nevrálgicos deste trabalho.

O trabalho pretende observar, como as unidades de cuidados intensivos em estudo gerem e compartilham o conhecimento humano na sua organização, seja na prestação de cuidados ao doente em estado crítico, seja no relacionamento entre os diferentes grupos profissionais da equipa.

Pretende também contribuir para o desenvolvimento de um ambiente e de uma cultura organizacional que estimule a criação, a transferência e o uso de conhecimento nas organizações hospitalares.

Perante estes pressupostos colocaram-se algumas hipóteses de estudo:

- Uma gestão adequada do conhecimento facilita o desempenho dos profissionais em contexto de saúde melhorando a qualidade e o ambiente de trabalho.
- A partilha de conhecimento é um instrumento de apoio à decisão no domínio da prestação de cuidados de saúde entre a vida e a morte.
- Existem práticas em contexto de cuidados intensivos que podem ser explicitadas e utilizadas como instrumentos de benchmarking.

No final, espera-se que se consigam, contributos para potenciar o desempenho das unidades de cuidados intensivos através da explicitação de práticas de gestão do conhecimento.

2 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 – O HOSPITAL COMO ORGANIZAÇÃO

***“as pessoas nascem, crescem, aprendem, vivem, trabalham, se divertem,
são tratadas e morrem dentro de organizações.***

(...) A sociedade moderna depende das organizações.

Ela é basicamente uma sociedade de organizações.”

(Chiavenato, I)

As organizações não são recentes, elas existem desde os faraós e os imperadores da Antiga China, assim como a igreja e os exércitos, que desde a Antiguidade desenvolveram formas de organizações.

A sociedade passou por várias fases dentro da etapa organização, desde o universalismo da Idade Média, passando pelo liberalismo económico e social dos séculos XVIII e XIX, o socialismo no século XX, chegando à actualidade que se caracteriza por uma sociedade de organizações.

A organização é um poderoso instrumento social de coordenação de acções humanas, que combina pessoas e recursos, reunindo líderes, especialistas, operários, máquinas e matérias-primas, e avalia continuamente a sua realização com o fim de alcançar os seus objectivos.

Uma organização como unidade social é *“intencionalmente construída e reconstruída, a fim de atingir objectivos específicos”* (Etzioni, 1980)

Para Chiavenato (2001), *“organização consiste num conjunto de posições funcionais e hierárquicas orientado para um objectivo económico de produzir bens ou serviços. Refere também que os princípios fundamentais da organização formal são a divisão do trabalho, especialização, hierarquia e amplitude administrativa”*.

O hospital por ser uma organização centenária e complexa, não é possível atribuir-lhe uma autonomia total. Retém e usa, segundo uma lógica organizacional que lhe é específica, um sistema próprio de normas e valores, embora decalcado do modelo geral das normas e valores sociais. Adapta-se às mudanças políticas e económicas, mas conserva uma importante margem de

definição e de tomada de decisões sobre políticas médicas e hospitalares particulares e a ele correspondem processos específicos de produção e reprodução das relações de poder.

Segundo Steudler (1974) a tipologia da evolução do sistema hospitalar não é construída a partir de categorias jurídico-legais, para ele é um modelo dinâmico que pretende dar conta em traços largos, das principais transformações históricas por que passou, nomeadamente na Europa, e Portugal em particular, enquanto instituição e organização de saúde.

Pode-se dizer que houve três fases nessa evolução, mas em todas elas persistem elementos das anteriores. O hospital de hoje conserva traços do sistema tradicional e do sistema profissional liberal. Em Portugal haverá instituições hospitalares que continuam mais próximos do sistema tradicional: é o caso de certos hospitais psiquiátricos que representam a via da relegação médica, do abandono médico puro e simples, da mediatização da loucura, apesar de tentativas de deitar abaixo os seus muros. Outros estabelecimentos conservam traços fortes do tradicional e do profissional liberal, dada a sua ligação com as misericórdias locais, a sua arquitectura, e fraca diferenciação, a falta de condições de trabalho, o conflito público/privado, a ausência de preocupação com eficácia e eficiência e a equidade, a desarticulação com o subsistema de saúde primários, a fraca ou nula capacidade de negociação dos utentes, etc. e como certos hospitais centrais ou serviços onde o que conta é ainda, a performance médica, desligada de preocupações mais propriamente de gestão.

A última fase, o sistema técnico, o verdadeiro hospital moderno, seria (segundo Steudler, 1974) a racionalização, a preocupação em controlar, prever e dominar a evolução do hospital através do planeamento e da participação dos profissionais nas decisões bem como da avaliação da qualidade de cuidados prestados, das suas implicações económicas e sociais.

Para Graça (2000) o hospital é *“uma unidade definida no tempo e no espaço, possuindo normas e um aparelho de autoridade/poder”*.

O hospital como organização, reconhece-se através do seu sistema de acção interna, nos seus actores internos e nas relações que estabelecem entre si e com o meio exterior.

As características básicas de uma organização: divisão de trabalho em tarefas, distribuição de papéis, um sistema de autoridade, um sistema de comunicação e um sistema de contribuição-remuneração, estão presentes numa organização hospitalar. O hospital, enquanto instituição e organização em diferentes contextos históricos, apresentou traços ou características comuns: como organização tem tido sempre uma finalidade ou missão, independentemente do seu sistema de financiamento ou estatuto jurídico-legal (laico, religioso, civil, militar, público ou privado, etc.). É um local de trabalho de grupos socioprofissionais muito diferentes, quer na prestação de cuidados, nos serviços de apoio e na gestão. Tem um sistema de poder e autoridade; um sistema técnico e organizacional de trabalho, embora diferente de uma empresa pois o seu objecto de trabalho é o ser humano e não a produção de matéria-prima; e tem uma cultura própria ligada às questões éticas de vida e de morte, às representações sociais da saúde/doença e do papel da medicina e das ideologias e estratégias profissionais.

Enquanto estrutura formal pode-se aplicar o conceito weberiano de burocracia. Para Weber (1993) *“a burocracia representa o tipo ideal da racionalidade legal”* e que Graça (1996) caracteriza por *“um alto grau de especialização; um sistema hierárquico de autoridade; regras explícitas definindo a responsabilidade de cada membro da organização, o conteúdo dos diferentes papéis e a coordenação das diferentes tarefas; a exclusão das considerações de ordem pessoal nas decisões administrativas; a imparcialidade no tratamento dos problemas profissionais e dos utentes; a selecção de especialistas e o critério de competência técnica e a existência de carreiras profissionais, etc.”*.

Nesta análise surgem algumas dificuldades quando se trata de organizações de saúde, tais como os factores macro estruturais que são favoráveis ao desenvolvimento burocrático (envelhecimento da população, industrialização da medicina, aumento dos custos de saúde, etc.) e em contrapartida a autonomia técnica dos prestadores de cuidados de saúde que tende a entrar em conflito com o sistema de autoridade (é o médico que decide e não o gestor naquilo que é melhor para o doente, existindo duas linhas de autoridade (contrariando Weber), a autoridade administrativa e a autoridade profissional.

Esta burocracia profissional, definida por alguns autores é a mais frequente nas organizações de saúde hospitalares, que *“recruta especialistas devidamente formados e socializados – que são profissionais – dando-lhe uma latitude considerável no controle do seu próprio trabalho (...). O profissional, que controla o seu próprio trabalho actua de maneira relativamente independente dos seus colegas, mas continua próxima dos clientes que serve”*. (Mintzberg, 1995). Pereira (1999) reafirma ao referir que: *“de facto num hospital (...) cada um sabe exactamente o que lhe compete fazer, a cada momento, sem necessitar que um superior lhe diga”*.

Uma das características das organizações da sociedade é o seu maior ou menor grau de abertura em relação ao exterior, existem umas mais fechadas (colégios, conventos prisões; etc.) e outras mais abertas (centro de saúde, hospital, empresas, etc.).

Podemos ver que os antigos hospitais e albergarias que acolhiam pobres e doentes, geralmente situados em conventos, eram locais mais fechados, e de que hoje ainda há alguns exemplos como sejam alguns hospitais psiquiátricos. Daí que o hospital foi durante séculos uma “total institution”.

O hospital moderno é contemporâneo do estado moderno. A sua modernização foi mais um processo de diferenciação de funções antigas do que de novas funções. O que é novo é a organização hospitalar e não a função hospitalar. É a passagem do social (prestação de assistência) ao sanitário (produção de cuidados de saúde), isto é a evolução de conceitos de hospitalidade e caridade para um outro o de prestação de serviços.

Tendo presente a perspectiva sistémica, que entende a organização como um sistema, Barry Myhan (1991) definiu que *“uma organização pode ser comparada a um organismo vivo, que se mantém a si mesmo de forma contínua, pela auto-organização interna de todas as suas partes, encontrando-se simultaneamente em interacção com o ambiente externo e reagindo ao mesmo”*.

Pode-se assim afirmar que o hospital como organização de saúde que é, gira em torno de si próprio e gira em sincronia com outras organizações. É um mundo que possui dentro organismos vivos, organizados e que mantêm

relações entre si. Este sistema tem de estar em sintonia perfeita e a comunicação não pode parar.

O hospital inicialmente local de alojamento e acolhimento dos pobres, dos desfavorecidos, dos sem abrigo, torna-se um lugar privilegiado de investigação fundamental e aplicada, em que a utilização do pessoal ordena-se em função do acto médico que preside a um conjunto de tarefas a assegurar para permitir a detecção e reparação da doença. De maneira comparável ao sector industrial, os serviços organizam-se em torno dos grandes “barões” e dos seus assistentes que dão directivas, prescrevem as tarefas a desempenhar. Também na saúde e nos hospitais a distribuição dos doentes e o seu encaminhamento para os vários serviços/departamentos, estabelecem-se em torno da investigação e da reparação da mecânica orgânica, quer pelo tipo de “máquinas” quer pelo tipo de doentes.

Cada organização possui uma estrutura formal e uma informal. O estruturalismo preocupa-se com o todo e com o relacionamento das partes na constituição do todo. As dimensões da estrutura organizacional dependem da diferenciação (departamentalização, hierarquização e staff), das regras e regulamentos, da centralização/descentralização (distribuição do poder, delegação e processo de decisão) e da coordenação. Os factores que influenciam os modelos de estrutura organizacional são o ambiente, o tipo de negócio/actividade, os estilos de liderança/direcção, a cultura, a estratégia, a tecnologia, os comportamentos das pessoas e a sua dimensão.

O hospital é uma organização de grande complexidade técnica com meio envolvente activo e com relações interpessoais intensas, quer a nível dos seus profissionais quer a nível dos doentes/utentes que a ela se dirigem.

As múltiplas unidades funcionais ou serviços distribuem-se de acordo com a sua área de actuação e tem a sua hierarquia própria, com diferentes grupos profissionais. O poder e as decisões vêm do topo da hierarquia, de onde irradiam as directrizes ou linhas mestras de funcionamento estratégico e operacional da instituição. A par desta gestão de topo vem as direcções dos diversos serviços, mas que dependem hierarquicamente da anterior.

Carapinheiro (1993) referia que *“os serviços hospitalares são ponto de encontro entre diversas formas de poder, com os seus respectivos universos*

simbólicos e as suas estratégias reciprocas. No conjunto destas estratégias e nas ideologias profissionais que lhe dão sentido, dominam as estratégias médicas, delimitando, no seu campo de acção, tanto as estratégias do pessoal de enfermagem e das restantes categorias do pessoal não médico como a possibilidade de comportamentos estratégicos dos doentes”.

Para Campos (1996) *“as principais características desta organização são: a especialização vertical e horizontal, a formalização do comportamento e do processo administrativo, o modo de agrupamento e o tamanho das unidades organizativas, o grau de desenvolvimento dos sistemas de planeamento e controlo, o nível de coordenação e os seus mecanismos de ligação existentes e a presença de uma maior ou menor descentralização”.*

Cowling e Mailer (1998), referem que Peter Drucker identificou para a gestão das organizações três responsabilidades: desempenho económico, gestão dos gestores e gestão dos colaboradores e do trabalho. Eles consideram que o conjunto dos gestores e dos colaboradores representa os recursos de uma organização.

Também Henry Mintzberg e Ludo Van der Heyden fizeram um estudo interessante, publicado no Harvard Business Review, no qual defendiam a ideia de que há quatro formas básicas de organizar que podem coexistir na mesma organização combinadas entre si como micro estruturas integradas numa estrutura global: conjunto (SET), cadeia (CHAIN), central (HUB) e a rede (WEB). As duas primeiras representam a organização clássica, na qual o gestor está no topo longe tudo e de todos; nas formas centrais e de rede, o gestor serve a organização, a sua distância com a acção é mais curta.

Também na organização hospitalar esta gestão se processou, evoluindo para uma gestão que tem, apesar de lentamente, integrado a vaga das novas tecnologias de informação e comunicação, à qual se pode chamar a nova estrutura empresarial electrónica.

A lei de gestão hospitalar consagra explicitamente “o princípio de que os hospitais devem organizar-se e ser administrados”.

“A sociedade moderna e industrializada é uma sociedade de organizações, das quais o homem passa a depender para nascer, viver e morrer” (Chiavenato, 2001).

A organização hospitalar comporta dentro dos seus recursos humanos, vários grupos profissionais: pessoal médico, pessoal de enfermagem, pessoal administrativo, pessoal auxiliar de acção médica, pessoal de apoio e segurança, pessoal técnico de diagnóstico e terapêutica, entre outros.

Para além da liderança de topo existe neste tipo de organização, lideranças intermédias, que podem ser definidas como *“um comportamento intragrupal de seguimento de uma pessoa que oriente a acção do grupo de forma tacitamente consentida e afectivamente desejada”* (Neves, 2002), as quais correspondem à liderança de cada um dos grupos profissionais ou de serviços que nele existem (director de enfermagem, director clínico, director de serviço, enfermeiro chefe, chefe de pessoal administrativo, etc).

As contribuições de cada participante numa organização de saúde hospitalar dependem das suas características individuais, competências profissionais e do sistema de recompensas e contribuições da organização. Tem uma cultura própria que inclui os aspectos formais e abertos (estrutura, cargos e funções, objectivos e estratégias, tecnologia, políticas e directrizes de pessoal e de informação, métodos e procedimentos, medidas de produtividade física e financeira) e informais e ocultos (padrões de influência e poder, percepções e atitudes das pessoas, sentimentos e normas de grupo, crenças e valores e expectativas, padrões de interacção informais, normas grupais, relações afectivas, conhecimento e saberes individuais e de grupo). Já Etzioni (1980) afirmava que *“ a organização formal refere-se ao padrão de organização determinado pela administração: a divisão do trabalho e do poder de controlo, as regras e regulamentos, o controlo da qualidade, etc. A organização informal refere-se às relações sociais que se desenvolvem espontaneamente entre as pessoas, acima e além da formal.”*

As exigências a nível do mundo da saúde obrigaram os hospitais a tentarem sobreviver e é nesta mudança que, se associam a comunicação, gestão e organização. Este tipo de organizações caracteriza-se por uma configuração bastante descentralizada em termos de poder, pois são os próprios profissionais de saúde que possuem o controlo sobre a sua actividade profissional, trabalhando de forma independente num ambiente normalmente complexo. Os diferentes profissionais exercem a sua actividade com grande

autonomia e tendem a especializar-se. A nível das organizações surgem departamentos /serviços específicos de diferentes especialidades do foro da medicina: ortopedia, urgência, cardiologia, cirurgia, etc., criando-se uma cultura organizacional própria de cada serviço e da grande organização – o hospital.

2.1.1 – A medicina intensiva

“ (...) os hospitais modernos têm crescido em tamanho e complexidade. O crescimento do pessoal, a multiplicação dos serviços e das especialidades médicas e o desenvolvimento tecnológico da medicina introduziram modificações importantes na estrutura hierárquica, na estrutura do poder e nos sistemas de comunicação do hospital...”

(Carapinheiro, G)

As tentativas de reanimação do doente crítico são provavelmente muito antigas, embora tivessem tido, no passado, carácter esporádico. É neste contexto que alguns estudiosos do Novo Testamento têm procurado compreender, à luz dos conhecimentos actuais, o que se passou com a ressuscitação de Lázaro, e com as tentativas de reanimação de Jesus de Nazaré que, graças ao suborno dos soldados romanos, terá sido provavelmente retirado da cruz ainda com vida, mas já em estado de choque irreversível.

Excluídos estes e outros episódios, que pertencem mais à História do que à Ciência Médica, admite-se hoje que a verdadeira certidão de idade da Medicina Intensiva coincide com a epidemia de poliomielite de Copenhaga em 1952. Até aí conheciam-se já alguns dos princípios básicos da fisiologia respiratória e dispunha-se de uma tecnologia, que apesar de pesada e pouco operacional, estava em condições de conceber e fabricar equipamentos de prótese respiratória. Eram os chamados “*pulmões de aço*”, aparelhos cilíndricos mais ou menos estanques, munidos de um volumoso fole accionado electricamente. Os doentes em paralisia respiratória eram mantidos com vida através dos

movimentos desse fole que, ao gerar pressões negativas intermitentes no interior do cilindro, provocavam movimentos torácicos alternados de inspiração e de expiração. Esta tecnologia, além de ser pouco eficaz, criava condições de vida complicadas por dificultar o acesso ao doente, e não iria ter sucesso durante muito tempo. Em breve surgiriam os aparelhos de pressões positivas que constituíram uma autêntica revolução das técnicas de respiração artificial.

A Medicina Intensiva fez, a sua estreia com a reanimação respiratória, área em que os anestesistas possuíam, na altura, alguma experiência. Habitados aos blocos operatórios, onde a frequência de situações críticas impunha actuações rápidas, orientadas quase sempre para a manutenção de uma ventilação adequada, não admira que tenham sido eles a dominar as primeiras unidades de cuidados intensivos. Esta tendência foi, facilitada pelo alheamento da maioria dos internistas que, acantonados numa atitude elitista, se julgavam verdadeiros intelectuais da fisiopatologia e do diagnóstico e quase achavam desprestigiante o manejo destes ou de outros equipamentos. Nessa altura, alguém disse que os internistas se consideravam, uma espécie de *homo sapiens*, face aos restantes, o *homo habilis*.

Ultrapassada esta primeira fase, as coisas iam, clarificar-se. As unidades de cuidados intensivos deixavam progressivamente de ser exclusivamente de reanimação respiratória para se transformarem em unidades polivalentes. Tornou-se então evidente que era imperiosa a presença de profissionais que dominassem todas as patologias (cardiovascular, renal, hepática, metabólica, etc.), e que fossem capazes duma abordagem global dos doentes. Passou a ser essencial possuir uma preparação que permitisse uma avaliação fisiopatológica das situações.

Outro problema que tem sido discutido em relação à medicina intensiva é o da multidisciplinaridade. A multidisciplinaridade é entendida como uma prática habitual e indispensável em múltiplas áreas, quando entendida como um trabalho de equipa em que colaboram especialistas de formação diversa. Actualmente a medicina intensiva é disso exemplo pois, o seu sucesso no tratamento dos doentes depende, regularmente, da colaboração dos mais diversos especialistas: anestesistas, cirurgiões, pneumologistas, gastroenterologistas, imagiologistas, patologistas e fisioterapeutas.

Pode-se dizer que a medicina intensiva existiu desde os tempos remotos, pois desde sempre que o homem trava uma luta desesperada contra a dor e logo desde os primeiros registos dos seus pensamentos, foram descritas inúmeras panaceias para outros tantos males. Métodos como feitiçarias ou rezas, o uso de certas plantas, ou a compressão das carótidas até à inconsciência, são exemplos de alguns tratamentos pouco eficazes e por vezes extremamente perigosos.

No século XVIII, com o desenvolvimento da cirurgia moderna, a dor infligida pelo cirurgião tomou-se intolerável. No século seguinte, na sequência dos grandes avanços científicos e após descoberta do oxigénio e do protóxido de azoto, foram dados os primeiros passos para o que viria a ser a moderna anestesia. A ligação entre a anestesia e a Medicina intensiva está demonstrada pela história e pela evolução dos conhecimentos técnicos e científicos.

Em toda a Europa, o crescimento de uma está intimamente relacionado com o crescimento da outra. Em Portugal, nos primeiros doentes em que foram utilizadas próteses ventilatórias, no pós-operatório, submetidos a cirurgia pulmonar, cirurgia cardíaca, neurocirurgia, politraumatizados e traumatizados cranioencefálicos, estiveram presentes anestesistas.

Existem ainda hoje poucos dados claros sobre a realidade da Medicina Intensiva em Portugal, iniciado no princípio da década de sessenta, com o aparecimento das primeiras unidades no Porto e em Coimbra, ela cresceu e desenvolveu-se nas décadas seguintes. Foi um crescimento turbulento, feito muitas vezes ao sabor de interesses locais, sem um adequado planeamento ou integração de meios e estruturas, mas que deu os seus frutos.

Podemos pois dizer que nos últimos 50 anos, pudemos assistir ao aparecimento e desenvolvimento de uma das áreas mais marcantes no domínio da medicina, fruto de um excepcional desenvolvimento multidisciplinar não só na área da fisiopatologia e terapêutica, mas também das tecnologias utilizadas – a Medicina Intensiva. É uma área diferenciada e multidisciplinar das ciências médicas, que aborda especificamente a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de doentes em condições fitopatológicas que ameaçam ou apresentam falência de uma ou mais funções vitais, mas que são potencialmente reversíveis. Ela tem por objectivo primordial suportar e

recuperar funções vitais, de modo a criar condições para tratar a doença subjacente e, por essa via, proporcionar oportunidades para uma vida futura com qualidade, em que a saúde seja *“um estado de completo bem estar físico, mental e social e não apenas ausência de doença ou enfermidade”* (definição da OMS, 1947, citada por Sorensen et al, 1997)

Para tanto, é necessário concentrar competências, saberes e tecnologias em áreas dotadas de modelos organizacionais que as tornem capazes de cumprir aqueles objectivos. É neste conceito que assenta a definição de Serviço/ Unidade de cuidados Intensivos (S/UCI).

2.1.1.1 - Uma célula da organização hospitalar – UCI

O conceito moderno de medicina intensiva nasceu há mais de um século quando Florence Nigtingale se apercebeu da importância de manter juntos, em determinada área de enfermaria, alguns doentes que tinham necessidade de atenção especial. Estava-se no ano de 1852.

Um século depois, em 1952, com a epidemia de poliomielite em Copenhaga, ficaram centenas de doentes paralisados e com insuficiência respiratória. Foi então que novas abordagens terapêuticas surgiram, como a traqueotomia precoce, a ventilação manual e a fisioterapia intensiva. Um número elevado de doentes teve necessidade de períodos longos de ventilação, no entanto, a sobrevivência total foi de cerca de 60%, o que foi um sucesso dada a gravidade da situação clínica.

Esta experiência impulsionou grande desenvolvimento tecnológico, nomeadamente a construção de ventiladores mecânicos, humidificadores, equipamento de monitorização e analisadores de gases no sangue. Este ano foi considerado o do nascimento da medicina intensiva na Europa. Alguns países europeus começaram a desenvolver unidades de cuidados intensivos após reconhecerem que outros doentes, com falência respiratória de outras etiologias, podiam também beneficiar do tratamento aplicado àqueles com poliomielite. Estas unidades providenciavam suporte respiratório a doentes com insuficiência respiratória crónica, secundária a doença neurológica, permitindo

entretanto adquirir uma experiência considerável no tratamento de doentes submetidos a ventilação mecânica.

As unidades de cuidados intensivos de hoje cresceram a partir destas unidades de suporte ventilatório adquirida com doentes do foro cirúrgico, que tinham necessidade desse suporte no pós-operatório. Estas unidades tinham como características uma relação enfermeiro/doente elevada, acesso fácil a equipamento de ventilação e monitorização. Com se percebe, toda esta tecnologia não estava acessível a todos os doentes do hospital, mas cada vez mais doentes, foram sendo admitidos nestas áreas especiais com alta capacidade tecnológica.

No início, estas áreas consistiam apenas em uma ou duas camas na enfermaria geral, separadas por um biombo, estando o doente ao cuidado do médico que fazia a sua admissão. Com os avanços no tratamento cirúrgico e médico cada vez mais doentes tinham necessidade destes cuidados, levando assim, à criação de locais, separados dentro do hospital para este fim específico.

Alguns hospitais implementaram áreas separadas para doentes de diferentes categorias de diagnóstico, enquanto outros os de menores dimensões, tinham uma unidade comum. Os doentes eram rotulados de cirúrgicos, médicos, cardíacos, entre outros, e não como doentes críticos necessitando de cuidados intensivos. À medida que mais progressos foram alcançados neste campo tornou-se óbvio que seria mais eficiente agrupar doentes porque, na generalidade, doentes que necessitam de cuidados intensivos têm problemas semelhantes, independentemente da razão da sua admissão. Os doentes beneficiariam se fossem tratados por médicos treinados, que assumissem a responsabilidade das decisões tomadas, em estreita colaboração com outras especialidades.

Esta é a situação habitual hoje em dia, ou seja, unidades de cuidados intensivos geograficamente separadas no hospital, com equipas de médicos e enfermeiros próprias, chefiadas por um director e um enfermeiro chefe.

O número de camas de cuidados intensivos por número de camas hospitalares, embora variável com a diferenciação do hospital, é cada vez maior na Europa.

Em hospitais de 400 camas a percentagem de camas de cuidados intensivos é de 3 a 4 % (UCI), cuja lotação varia entre 4 a 20 camas.

Em Portugal, os valores rondam os 2%, sendo o número médio de camas por UCI de 8. Embora há alguns anos a realidade fosse bem diferente, bem como uma concentração de camas nos grandes centros urbanos e uma desprotecção total das áreas longe do litoral e dos 3 grandes centros urbanos, esta situação está em vias de correcção, embora ainda existam grandes discrepâncias.

Existe hoje consenso de que qualquer doente com indicação deve ter acesso, em tempo útil, a uma UCI. Não é ainda todavia consensual o modo de atingir este objectivo. Os médicos são confrontados com decisões difíceis, tais como: que doentes admitir e quais recusar, quais tratar em pleno e a quais limitar a terapêutica, tratar um maior número de doentes com restrições financeiras crescentes.

A política relativa às unidades de cuidados intensivos e os critérios de admissão de doentes, não podem ser baseados apenas em critérios técnicos mas devem entrar em conta com a dimensão social, cultural e moral da população e assentar em princípios éticos e de justiça distributiva. Os princípios de ética obrigam a promover os benefícios do doente (beneficência), a não prejudicá-lo (não maleficência), a respeitar a sua autonomia e a disponibilizar informação adequada.

A beneficência e a não maleficência podem causar conflito quando os avanços tecnológicos nos dão a capacidade de prolongar a vida mas, também, a de adiar o processo da morte, tantas vezes à custa de sofrimento pessoal e familiar. A autonomia, ou seja a liberdade de aceitar ou recusar o que o médico propõe, depois de correctamente o informar e esclarecer, é especialmente difícil de garantir quando o doente está inconsciente, ou em caso de emergência se os seus desejos não foram anteriormente expressos. Também os interesses da sociedade podem não coincidir com os interesses do doente sobre questões como a continuação do suporte de vida, quando o doente tem um prognóstico muito reservado e há carência de recursos ou os seus custos inportáveis.

Nas últimas décadas têm-se tornado prementes estas questões relacionadas com os custos e a efectividade em medicina intensiva. De facto os recursos

utilizados na saúde, sendo crescentes, não são inesgotáveis. Este aspecto é particularmente importante numa área em que: a par da utilização de tecnologias mais dispendiosas e de medicamentos mais caros, aumentaram as expectativas das populações relativamente aos serviços de saúde em geral e aos cuidados intensivos em particular. Porque o homem tem direito à vida, a sociedade em geral, passou a aceitar a “boa morte” aquela que ocorre nas organizações de saúde, perto do aparato tecnológico do mais alto nível, o hospital passa a ser o local de eleição para se morrer, mas também para sobreviver quando a vida está por um “fio”, pois é lá que estão as caras e poderosas “máquinas” que a podem “ressuscitar”, porque a vida não tem preço. É graças ao desenvolvimento da ciência e da tecnologia que muitas vidas podem ser salvas e que o atendimento à saúde “ (...) *está no centro da vida e que tudo o que diz respeito à vida diz respeito à saúde*”, como diz Hesbeen (2000).

Por isso, aos profissionais de saúde, no momento actual e num futuro de incertezas, exigem-se novas atitudes perante este paradigma vida e morte pois “ (...) *durante muito tempo a sua função acabava quando se chegava ao ponto de já não haver mais nada a fazer. Agora espera-se mais. Há muito a fazer depois de já não haver, mais nada a fazer...*” (Henriques et al, 1995).

Decidir quem deve ou não ser admitido é um problema que se põe a todos os que trabalham em cuidados intensivos. Nos Estados Unidos da América o Comité de Ética da *Society of Critical Care Medicine* publicou directrizes sugerindo que as decisões acerca da triagem deveriam ser baseadas “*no conhecimento do prognóstico do doente, nas terapêuticas disponíveis, no impacto dessas mesmas terapêuticas nos resultados, nos benefícios e eventuais prejuízos dessas terapêuticas para o doente, para a sua família e para a sociedade*”.

Apesar de tudo isto, por todo o mundo é prática corrente aceitar doentes nas unidades de cuidados intensivos, mesmo admitindo que podem não beneficiar dos cuidados aí dispensados, apenas por monitorização ou mesmo quando o prognóstico é fechado, ou a qualidade de vida do doente muito pobre, prática que varia com os recursos disponíveis.

Continua a ser actual a frase escrita por Dunstan *“o sucesso da medicina intensiva não deve ser medido apenas por estatísticas de sobrevivência, se bem que cada morte possa ser considerada um insucesso médico. Deve ser medida pela qualidade de vida que foi preservada ou restaurada, a qualidade de morte para aqueles cujo interesse seja a morte e pela qualidade das relações envolvidas em cada morte”*.

As unidades de cuidados intensivos, hoje em dia entidades essenciais no *“edifício hospitalar”*, são estruturas caras. Esta situação tem vindo a tornar-se mais evidente nos últimos anos, com o aparecimento de todo um conjunto de equipamentos de monitorização e suporte de vida muito diferenciados, as UCI tiveram necessidade de equipas médicas e de enfermagem especializadas, particularmente numerosas (especialmente a de enfermagem), já que foi evidente a necessidade de dispor de uma relação enfermeiro/doente mais elevada do que a existente nas restantes áreas do hospital. Este facto levou a um aumento importante dos custos, tornando a UCI num dos grandes consumidores dos recursos hospitalares: cerca de 20% nos Estados Unidos da América e 2% no Reino Unido.

No entanto sabemos que os recursos são limitados e que existe um conflito entre a crescente utilização de novas tecnologias e a diminuição dos recursos disponíveis nos sistemas de saúde. Nos últimos anos, o número de doentes internados nas UCI aumentou relativamente à totalidade da população hospitalar, mas os recursos que consomem têm continuado a crescer. Este crescimento dos custos pode ser explicado pelo desenvolvimento tecnológico e aparecimento de novos fármacos, pelo envelhecimento e aumento das expectativas de saúde criadas na população.

Também as salas de cuidados intensivos, onde era efectuada a monitorização e terapêutica mais específica ao doente crítico, evoluíram nos últimos anos para verdadeiros serviços de medicina intensiva com um modelo organizacional complexo e a procura do rigor na prestação e avaliação dos cuidados prestados.

Assim nos anos sessenta e início dos setenta os cuidados ao doente crítico eram prestados, em salas mais ou menos agregadas a serviços de urgência ou a serviços de internamento, onde a relação enfermeiro/doente era maior, mas a

assistência médica estava reduzida ao apoio rotativo do anestesista, muitas vezes de chamada; eram salas de reanimação e de cuidados especiais.

Progressivamente assistiu-se a uma diferenciação dos cuidados prestados e a uma maior exigência técnica, quer em meios de suporte de vida quer em técnicas de monitorização e vigilância. Passou a adoptar-se um esquema de maior permanência do médico nas salas e as outras especialidades passaram a considerar útil, oferecer aos seus doentes meios mais “eficazes” para equilibrar as falências multiorgânicas destes.

Entrou-se na “era” das unidades polivalentes, com necessidades estruturais específicas, organização própria e equipas médicas e de enfermagem de dimensões consideráveis.

Assim e actualmente um serviço/Unidade de Cuidados Intensivos define-se e reconhece-se em função de três grandes critérios:

- A prática: assenta num conjunto de acções e procedimentos (humanos e técnicos) de monitorização, avaliação, diagnóstico e tratamento, assegurados, em função das necessidades do doente, 24 horas por dia.

- A avaliação: faz-se de acordo com a função atribuída à S/UCI. A natureza dos doentes admitidos, a taxa de sobrevivência, a capacidade de recuperação das funções vitais, a disponibilidade e a capacidade para acorrer às necessidades que decorre da missão atribuída a cada S/UCI. É a análise destas variáveis, quando feita com os objectivos que permite definir os recursos para cada uma, bem como avaliar o respectivo desempenho.

- A investigação: a monitorização continua de cada um e do conjunto dos doentes, num contexto multidisciplinar de diagnóstico e avaliação de resultados, permite compreender a doença cada vez melhor, acumular experiência, sistematizar a “memória do S/UCI” e enriquecer saberes que devem servir para promover a qualificação dos desempenhos organizacionais.

Assim nestes critérios, incluem-se:

SERVIÇOS/UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS: locais qualificados para assumir a responsabilidade integral pelos doentes com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais.

O internamento nestes serviços é, por definição, um tempo transitório para alguns dos doentes em risco de vida pelo que é parte de um processo e não

um fim em si. Esse processo inicia-se no local e no momento em que se encontrava o doente, quando foi vítima do acontecimento que lhe condicionou o risco de vida. O processo tem de continuar depois da alta do S/UCI, em conformidade com as características e exigências de cada caso.

A equidade e a universalidade dos direitos de cidadania, a evolução das ciências e a melhoria dos serviços criam pressões constantes e cada vez mais importantes para o atendimento de doentes em cuidados intensivos. Esta situação não é nova e, já em 1990, Jean François Girard escreveu o prefácio do livro “Management of Intensive Care – Guidelines for a better use of resources”, no qual afirmava:

“...o consumo de cuidados intensivos tem vindo a aumentar de forma exponencial. O desenvolvimento dos cuidados intensivos tem sido baseado em contactos multidisciplinares permanentes. O exercício da medicina intensiva assenta em equipas pequenas, mas cuja vigilância, competência e motivação constituem um desafio continuado. As metodologias de monitorização, procedimentos e tratamentos são cada vez mais sofisticadas e desenvolvidas e, por isso, cada vez mais caras.”

As unidades de cuidados intensivos evoluíram nos últimos anos para verdadeiros serviços de Medicina Interna com um modelo organizacional complexo e a procura de rigor na prestação e avaliação de cuidados prestados. Com necessidades estruturais específicas, organização própria e equipas médicas e de enfermagem, de grande exigência técnica e relacional onde a informação e o conhecimento são factores vitais para a sua sobrevivência e credibilidade.

Para Carrington (1994) *“o médico que pratica medicina de cuidados intensivos é um especialista cujos conhecimentos são necessariamente vastos, compreendendo todos os aspectos dos doentes graves e cujo local de trabalho é a unidade de cuidados intensivos”*.

Já alguém definiu o intensivista como *“um internista-fisiopatologista, que actua em velocidade; no diagnóstico e terapêutica”* (Pinheiro, 1994), procurando assim, valorizar a visão globalizante da interdependência das disfunções orgânicas múltiplas, com repercussões várias, manifestando-se por sintomas, sinais e achados laboratoriais, tantas vezes inespecíficos, mas assumindo

forma de doença (Ordem dos Médicos, 1997; Diário da República nº 114, 1997 de 17/5). (...) *“passou-se a tratar o doente como um todo e a doença como uma entidade multissistémica”* (Diário da República nº 114, 1997, de 17/5).

Também ao enfermeiro de cuidados intensivos é pedido/exigido, integrado num staff multidisciplinar próprio da unidade, que não seja simplesmente enfermeiro, mas que também tenha conhecimentos sobre o material que usa, que seja *“engenheiro”* das máquinas com que lida, que conheça as situações clínicas e, principalmente que possua qualidades humanas na relação enfermeiro/doente, no *“cuidar”* do doente na sua globalidade.

A multidisciplinaridade, entendida como multiespecialidade, dentro da UCI conduz à complementaridade que beneficia a sua eficácia.

As competências, os saberes e tecnologias nestas áreas dotadas de modelos organizacionais e metodologias próprias, tendo por base a informação e o conhecimento, gerem esta pequena organização complexa inserida numa grande organização complexa hospitalar.

2.2 – ORGANIZAÇÃO VERSUS CONHECIMENTO

À evolução do mundo dos negócios seguiu a evolução da sociedade. As organizações do início do século XX, rígidas e organizadas em torno de um sistema tradicional, não têm mais espaço nos dias actuais. Tal como Champion (1979) e Perrow (1972) relatam, as organizações que foram baseadas em padrões clássicos, burocratizadas internamente, não têm a preocupação com os possíveis reflexos sobre o ambiente externo retardando, assim, quaisquer mudanças que se fizerem necessárias na sua estrutura operacional. Embalados na estabilidade e durabilidade das situações, a burocracia planeia acções e tarefas que se tornam mecanizadas e repetitivas, levando a um processo lento de estagnação e isenção de processos criativos ou inovações.

A informação e o conhecimento tornaram-se recursos estratégicos fundamentais para a gestão das organizações, frente a um ambiente incerto e que exige flexibilidade e rapidez na tomada de decisão.

Tofler (1990), concorda com isto quando diz que o conhecimento na empresa moderna deve enfatizar a sua essencialidade, não mais como um suporte para o sucesso financeiro mas como ferramenta de controle no mercado competitivo.

A necessidade de se definir as lideranças para estruturarem as *learning organizations*, porque elas descrevem as novas funções, tarefas e ferramentas da empresa, foi realçada por Senge (1990). Nesta reflexão são considerados os modelos mentais e a visão compartilhada, dentro da aprendizagem na equipa.

As organizações precisam ser vistas como relações criativas e não como estruturas rígidas, como fonte de geração de ideias e não de controlo. Quinn (1992), considera que as capacidades intelectuais e de serviços devem ser estimuladas prontamente, pois desta forma de pensamento depende a aquisição do conhecimento, os projectos de trabalho, desenvolvimento das tarefas de marketing, da integração interna entre os trabalhadores, do desenvolvimento individual das partes e da satisfação do cliente, entre outras actividades, seja através da criatividade, seja através do *feedback* na forma do sucesso das abordagens no mercado.

Já em 1994, Drucker alertou para a existência de uma nova tendência económica, uma nova sociedade, onde os factores de produção tradicionais como a terra, o trabalho e o capital cederam seu lugar prioritário para a criação e a gestão do conhecimento nas empresas, e na sociedade. Ressaltou que agregar com eficiência e eficácia a tecnologia com a informação traz novas ideias e conhecimento e que isto deve ser prioridade nas empresas.

As organizações ao defrontarem o ambiente global precisam encontrar soluções viáveis e competitivas. Assim Manville e Foote (1996), consideram que as competências essenciais referem-se à informação dentro das empresas – o conhecimento e a experiência, que não se adequam necessariamente a bancos de dados tradicionais. Não é possível armazená-las fisicamente. Se os gerentes implementarem tecnologias mais flexíveis e inovadoras, poderão adaptar de modo diferente estes dados e recuperá-los para uso na empresa.

Kock, McQueen e Corner (1997), alertam para o facto de que várias reflexões foram feitas no passado sobre como melhorar as rotinas operacionais das

empresas, cedendo lugar para processos como a reengenharia e a *learning organization*. Embora algumas destas reflexões tenham sido construídas baseadas em modelos teóricos, poucas empresas tem aplicado na prática tais processos de desenvolvimento organizacional.

De acordo com o modelo japonês de conhecimento, Nonaka e Takeuchi (1997), enfatizam que a aprendizagem parte da experiência directa, ou seja, com o corpo e a mente integrados e, também, através da tentativa e erro. Este modo de pensar contrasta com *learning organization*.

As pessoas são parte integrante das organizações: Sievers (1997), aponta para as qualidades humanas fundamentais, como significação, maturidade e mesmo sabedoria, serão expurgadas das actividades económicas se as pessoas não perceberem que o trabalho que se faz, a vida que se leva e a morte que um dia será experimentada estão todos inter-relacionados.

Os recursos humanos é que serão os responsáveis pelo desafio maior nas empresas, que é o de preparar as equipas de trabalho, adequando-as aos projectos deixando de lado experiências e conceitos tradicionais, rompendo com o passado, criando novidades e soluções criativas para levar a empresa ao futuro, que será estritamente necessário à sua sobrevivência e competitividade à altura do mercado (Gonçalves, 1997).

O equilíbrio funcional da empresa é alcançado quando a criatividade, o planeamento, a competitividade e preservação são utilizados em conjunto e de maneira proporcional e adequada, e não ficam embotados pela emergência da competitividade (Franco, 1997).

A criatividade merece destaque e não deve ser vista somente como um fenómeno de natureza intra psíquica, uma vez que são muitos os factores ambientais que influenciam e mobilizam o potencial criativo, é importante observar três eixos principais e centrais: 1) as características pessoais que se relacionam com a criatividade devem dar ênfase aos atributos favoráveis principalmente, sem negligenciar os outros; 2) alguns factores do contexto social afectam a produção criativa, como valores, tradições e sistemas de incentivo e punição; e, 3) a atenção para as características de um ambiente de trabalho que se constituem ora em estímulos, ora em obstáculos à criatividade (Alencar, 1998).

Na busca pela satisfação motivacional, as pessoas tendem a enfrentar problemas que são de difícil resolução e, para se manterem a salvo de ter de enfrentar tais problemas, elas procuram utilizar algum tipo de ilusão perceptiva como mitos para poder acreditar que a realidade vista não é a verdadeira. Isto torna difícil administrar numa empresa, as motivações da equipe de trabalho. (Bergamini, 1998)

O conhecimento é o recurso chave das tomadas das decisões, é criado e partilhado entre mentes individuais e colectivas, não surge das bases de dados, mas aparece com a experiência, os sucessos, as falhas e a aprendizagem.

O conhecimento é a informação que foi editada, colocada num contexto e analisada de forma a tornar-se significativo, e portanto apresentar um valor para a organização. Urgência é a palavra-chave da economia nos dias de hoje, então o sucesso flui daquelas organizações que sejam capazes de explorar rapidamente o conhecimento tácito de seus profissionais – os valores pessoais como experiência, intuição ou estudo. (Tapscott, 1998)

“Enquanto que encontramos dados em registos ou transacções e informações em mensagens, obtemos o conhecimento de indivíduos ou grupos detentores de conhecimento, ou, por vezes, em rotinas das organizações. (...) O conhecimento pode e deve ser avaliado pela decisão e acção a que conduz.” (Davenport e Prusak, 1998)

O conhecimento organizacional da equipe oferece maior valorização para as partes interessadas no progresso da corporação, produzindo maior qualidade e a um custo competitivo no mercado. É desta forma que, Garvin et al (1998), defendem o trabalho em equipa para realizar tarefas que não poderiam ser levadas a cabo de forma isolada.

Para Senge (1998), *“(...) as capacidades e potencialidades são individuais, não significa que quem está no topo será o melhor, e sim, aquele que conseguir decifrar os problemas, partilhando o seu conhecimento e gerando novas soluções”*.

Nas organizações a tecnologia da informação desempenha um papel complementar e importante, contudo, *“uma pessoa pode até receber mais*

informações graças à tecnologia, mas se não possuir as capacidades necessárias para aproveitá-las, não adianta” (Senge, 1998).

Muitas organizações começam a sentir que o conhecimento dos profissionais nela inseridos é o seu maior valor. Eles podem estar certos, mas poucas empresas se iniciaram activamente a gerir as potencialidades de conhecimento em uma escala mais ampla. A gestão do conhecimento deve então ser direccionada a um nível filosófico ou tecnológico, com discussões pragmáticas sobre o tema para ser administrado e utilizado efectivamente na rotina diária das empresas. (Davenport, 1999)

O conhecimento só se pode tornar acção se fluir através da organização, se estiver disponível onde e quando for necessário.

A partilha do conhecimento pode promover a sustentabilidade da organização, onde as competências essenciais são geradas na forma de aprendizagem colectiva dentro da organização e leva em conta as capacidades individuais que podem ser integradas à equipe e reverterem-se em benefício colectivo interno.

Hansen, Nohria e Tierney (1999), detectaram dois padrões de estratégias para a gestão do conhecimento: nas empresas que comercializam produtos relativamente padronizados que preenchem necessidades comuns, o conhecimento é codificado e armazenado em bases de dados; nas empresas que fornecem soluções altamente padronizadas para problemas únicos, o conhecimento é compartilhado principalmente através de contactos de pessoa-a-pessoa, onde o objectivo maior é o de as pessoas se comunicarem.

A gestão do conhecimento é o processo onde a informação que uma organização possui e o que ela faz com ela é que determina se a mesma estará facilmente disponível aos outros internamente ou não. Compartilhar conhecimento não é algo que ocorra naturalmente. Isto deve ser administrado, encorajado e recompensado.

Lipparini, Cazzola e Pistarelli (2000), argumentam que as competências das empresas residem na capacidade de empregar os recursos, combinando-os para atingir um objectivo específico, criando assim a vantagem competitiva no mercado.

As organizações que têm intenção de conseguir um espaço no futuro, devem com urgência investir na interligação dos seus valores, atraindo e retendo os melhores profissionais. A confiança, respeito, trabalho em equipa, *empowerment*, equilíbrio, aprendizagem, diversão, reflexão e renovação são requisitos fundamentais para a organização com futuro, por um simples motivo: o conhecimento é contínuo, assim como a vida. (Terra, 2000)

Uma organização não pode criar conhecimento por si própria, sendo o conhecimento tácito dos indivíduos a base para a criação de conhecimento organizacional.

Daí que a informação e o conhecimento, não são, necessariamente, gerados no topo das organizações, muitas vezes a capacidade mental, a experiência e o julgamento estão distribuídos em toda a organização. Desta forma, a realidade mostra que o trabalho em equipa garante um ganho maior em eficiência nos resultados. (Spitzer e Evans, 2000)

É necessário transformar dados em informações, mas estas informações, para se tornarem conhecimento, necessitam de tempo, experiência e aplicabilidade dentro de uma organização, além da consciência de que este não pode ser pensado de forma dissociada das pessoas. Teixeira Filho (2000),

O conhecimento organizacional é uma solução para muitos problemas internos à organização, em especial quando se referem à competitividade e às mudanças causadas pela introdução de novas tecnologias. Quando a organização consegue uma representação no seu todo, o desenvolvimento do conhecimento pode ser sentido em qualquer das suas partes.

Como consequência a gestão das pessoas é fundamental para o desenvolvimento do conhecimento, do talento e do conhecimento humano disponível na organização. Assim, as habilidades pessoais devem ser maximizadas para se reverterem em recursos e investimentos com bons resultados. (Bittencourt, 2000)

Bulgacov e Tokikawa (2000), trabalhando com a gestão do conhecimento, observaram que para que uma empresa tenha a intenção de promover o conhecimento interno, ela deve desenvolver competências que sejam eficientes no universo de competitividade e ambientes envolvidos com novas tecnologias e novos desafios. E mais, que os profissionais, sentem e percebem que seus

conhecimentos não são aplicados na tomada de decisões e que existem níveis diferentes de conhecimento e habilidades funcionais, o que denota a necessidade de reformulações dentro das competências.

Um artigo da publicação ComputerWorld (2000), faz referência que o conhecimento entre fronteiras é analisado, e chegou-se à conclusão que a sua partilha, promove uma valorização da profissão, quando requer contactos maiores entre profissionais que vivenciam situações semelhantes e que podem solucionar problemas em benefício mútuo e com baixo custo.

O uso das tecnologias da informação e da comunicação dentro das empresas, que nem sempre pode reverter-se em benefício para a operacionalização das actividades e facilitar o fluxo de conhecimento interno e externo num mundo globalizado, onde a competitividade faz com que sejam produzidas informações que pelo volume e dificuldade de se estabelecer critérios, impede ou retarda a aquisição do conhecimento.

Às já consolidadas ondas de mudança preconizadas por Alvin Toffler (1980 – ondas agrícola, industrial e da informação -, outras ondas se somam como as sugeridas por Linck e Kordis (1988) – ondas do conhecimento, do espírito, da sabedoria. A era do conhecimento, provoca a consciência organizacional de que a matéria deve ceder seu lugar para a actividade humana, que deve ser prioridade e valorizada como a ferramenta principal da organização. (Teixeira Filho, 2000)

Pode-se afirmar que o conhecimento de uma equipe, colectivo, de grupo é a base para que se haja uma competência na competitividade. A organização que troca experiências e ideias dentro de sua equipe está preparada para encarar novos desafios e solucionar questões pois estão capacitados a aumentar e refinar o seu conhecimento.

Kugle, Stein e Licht (2002), referem que intencionalmente ou não, cada empresa tem um armazém de conhecimento acumulado. Isto vale tanto para as empresas bem sucedidas como para as mal sucedidas, as que cresceram e as que caíram, as grandes e as pequenas. Os aspectos que todos os gestores têm de ter em conta são a forma de aplicar e distribuir esse conhecimento e o modo de gerar novo conhecimento. Isto é como geri-lo e torná-lo útil.

Os académicos ligados à gestão do conhecimento Georg von Krogh, Kazuo Ichijo e Ikujiro Nonaka escreveram que *“o conhecimento é um daqueles conceitos que é extremamente significativo, positivo, promissor e difícil de reter”. E afirmam que “o próprio conhecimento é mutável (...) e pode assumir diversos rostos na organização”.*

Uma definição formal de conhecimento pode ser: *“o conhecimento consiste em compreender as relações e as causalidades, pelo que se revela fundamental para tornar as operações eficazes, elaborar processos de negócio ou prever os resultados dos modelos de negócio.” Também para eles o conceito de gestão “é a decisão consciente e sistemática sobre a melhor forma de utilizar recursos escassos, num ambiente de incerteza, para alcançar melhorias duradoiras no desempenho de uma organização”. (Kugle, Stein e Licht, 2002)*

A gestão do conhecimento discute exhaustivamente a distinção entre o conhecimento explícito (passível de ser estruturado e documentado) e conhecimento tácito (relacionado com os sentidos e a experiência).

Quanto ao papel que a gestão do conhecimento desempenha no seio de uma organização, Thomas H. Davenport e Laurence Prusak observam o seguinte: *“a gestão do conhecimento convive bem com a estratégia empresarial, com a gestão de processos, com a proximidade ao cliente, etc. Pode ajudar-nos a melhorar uma série de coisas que já fazíamos anteriormente. Em última análise, a menos que se inter-relacione com essas outras actividades, o trabalho de gestão do conhecimento acabará por ser ineficaz.”*

O conhecimento do conhecimento, o meta conhecimento, define-se pois como a fronteira do futuro e o estaleiro para a edificação do nosso sonho colectivo.

2.2.1 – O Conhecimento - da criação à sua utilização

A era do conhecimento trouxe à tona a necessidade de um planeamento sobre as estratégias de abordagem no mercado e as estratégias dos próprios projectos de trabalho. Se internamente há conflitos e incertezas, externamente estes fatos exacerbam a cada dia.

Concomitantemente surgiu então a era do planeamento estratégico em que os executivos movimentaram suas equipas para uma nova linha de pensamento e acção.

Como o principal activo das empresas passou a ser os activos intangíveis, entendeu-se que investir neste aspecto tornou-se questão de vida ou morte da empresa de hoje. E isto significou mudanças transformadoras grandes, revolucionárias. Na realidade foi uma reformulação das empresas quanto ao seu modo de ser e de agir.

Isto também significou busca e investimento por profissionais com o perfil do presente, não mais atrelado aos conceitos da empresa, limitado e dependente. Há que se levar em consideração as potencialidades pessoais, uma vez que as experiências de cada profissional, a educação formal que ele teve é que irá realçar o saber complementar e técnico que ele venha a ter na organização.

A motivação deve estar presente para que ele perceba a importância desta aprendizagem sem sentir-se pressionado com esta iniciativa.

Pois assim, *“a companhia só aproveita os benefícios da aprendizagem organizacional quando se torna capaz de transferir, compartilhar e alavancar seus conhecimentos e experiências fragmentados.”* (Bartlett e Ghoshal, 1998)

E entre estes benefícios estão o partilhar de informações através da confiança depositada entre as partes. Esta mudança comportamental vem chocar com as filosofias das empresas no passado, pois o partilhar de informações significava ceder o poder que restava isolado nas mãos de minorias privilegiadas.

Bartlett e Ghoshal (1998), ressaltam ainda que a confiança é maior e mais sólida quando existe transparência nos processos de trabalho na empresa em que os profissionais estão amplamente envolvidos e familiarizados com as questões e isto os estimula a encontrar soluções trabalhando em grupo.

Esta integração dispensa hierarquias e faz com que as ideias fluam de várias direcções trazendo mais rapidamente resultados mais dinâmicos e definidos. É o que eles denominam de rede integrada.

A chamada *“era do conhecimento”* chegou e revolucionou toda a forma de pensamento no que se refere aos projectos de trabalho nas áreas administrativas, enfim, dentro do enfoque social e económico, trazendo informações com uma velocidade vertiginosa e exigindo tanto da sociedade

quanto dos prestadores de serviços e produtos, uma reacção com a mesma intensidade.

Toffler (1990), em sua obra *“A terceira onda”*, apresentou de forma figurativa porém bem esclarecedora, que a civilização tem evoluído ao longo de três grandes ondas de transformação: a Revolução Agrícola (Primeira Onda), a Revolução Industrial (Segunda Onda) e a Revolução dos Serviços (Terceira Onda). Este último estágio representa a era do conhecimento, da informação, ou ainda, a sociedade do conhecimento. Nestas ondas quem detém o poder é quem tem a informação e o conhecimento. Conhecimento que segundo Demo (2001:67) sempre existiu *“o que há de novo hoje é a sua intensidade, passando a definir, mais que os outros factores, as oportunidades de desenvolvimento.”*

O aumento da quantidade de informação disponível tem ocorrido exponencialmente. A união da informação com as telecomunicações e o surgir da tele-informática ou telemática, possibilitaram o romper dos espaços físicos para a criação, a disseminação e a partilha de informação. O homem pode comunicar com qualquer parte do planeta desde que disponha de um telefone, um computador e um modem. Surge pois o denominado ambiente global da sociedade do conhecimento.

Naisbitt (1987) , em sua obra *“Megatendências”*, descreve a sociedade do conhecimento como *“... um marco fundamental simbólico, pouco noticiado, anunciava o fim de uma era. Em 1956, pela primeira vez, trabalhadores em posições técnicas, administrativas e de escritório ultrapassaram em número os operários da indústria.”*

A criação do conhecimento consiste *“na capacidade de uma empresa, como um todo, criar conhecimento, disseminá-lo através da organização e incorporá-lo em produtos, serviços e sistemas.”* (Nonaka e Takeuchi, 1995)

Mais tarde, numa visão de Nonaka e Takeuchi (1997), o conhecimento é criado dentro da empresa para torná-la mais bem sucedida e mantê-la no mercado, competitiva e, à frente de suas concorrentes, na medida do possível. Os autores relacionam aspectos importantes na resolução da criação do conhecimento na empresa, entendendo que, com a finalidade de evitar a estagnação e mesmo comprometer a sobrevivência da empresa no mercado, estas devem considerar:

1) “alavancar a base de conhecimentos tácitos de um indivíduo e fazer uso da socialização para transferir esse conhecimento a toda a organização; (2) ampliar a criação do conhecimento aos diferentes níveis da organização, ou seja, difusão interactiva do conhecimento; (3) ampliar as condições capacitadoras, e (4) continuar a criar constantemente nova tecnologia.”

Utilizando como exemplo a Matsushita Electric Industrial Co. Ltd., para demonstrar a criação do conhecimento, Nonaka e Takeuchi(1997), reforçam a relevância da centralização do profissional na empresa. Seu *background* e a possibilidade do seu *feedback* para a empresa são fundamentais quando a organização consegue “*enxergar*” que o conhecimento tácito do indivíduo é que detona, através de suas habilidades, a rede que cria o conhecimento na empresa.

Desta forma, o conhecimento, passou a ocupar um lugar privilegiado nas organizações, porque faz a diferença entre a eficiência de um serviço para outro, entre concorrentes. Uma equipe, ou mesmo indivíduo com uma formação básica consistente (bagagem pessoal) e uma formação técnica eficiente é mais capaz de resolver questões utilizando os conhecimentos assimilados e ainda gerando novos conhecimentos em benefício da organização e da sua própria carreira, interferindo decisivamente sobre os resultados positivos que nada mais são que os objectivos da organização.

Actualmente, o número de informações que o trabalhador recebe é muito expressivo e vêm numa rapidez assustadora como consequência do avanço não menos rápido da tecnologia a serviço do trabalho. Estas informações, nas mãos de trabalhadores preparados para administrá-las, convertem-se certamente em conhecimento que, num ambiente organizacional correctamente adaptado, é disponibilizado, tomando-se acessível aos demais trabalhadores. A consciencialização da importância da aquisição e disseminação da informação que passa a ser reconhecida como conhecimento nas organizações, dentro do mercado do trabalho, pode assumir duas vertentes: uma delas, onde aceitam as mudanças e encaram a utilização da informação como forma de manter-se no mercado activo, enquanto a outra delas, apenas a assume por modismo.

Os dados tornam-se informação, quando alguém lhes acrescenta significado. Há quem considere a existência de várias formas de adicionar valor aos dados de modo a transformá-los em informação, como Davenport e Prusak (1998) que indicam cinco actividades: contextualização, categorização, cálculo, correcção e condensação. Também a transformação da informação em conhecimento ocorre através de quatro actividades, como refere Loureiro (2000): comparação, consequência, conexões e conversação. Todas estas actividades criadoras de conhecimento têm lugar com e entre os seres humanos. O conhecimento é transmitido através de meios estruturados, tais como livros, vídeos e documentos, etc. Além disso as pessoas obtêm conhecimento daqueles que já o possuem, através da aprendizagem interpessoal e da partilha de experiências e ideias.

Valorizar o conhecimento humano é imprescindível porque é importante o comprometimento da equipe e do indivíduo: é a aprendizagem e aquisição do conhecimento na memória corporativa (é o pensamento sistémico).

O conhecimento é informação para a acção, informação relevante, disponível no lugar certo, no momento certo, no contexto correcto, e de forma correcta em que qualquer um o pode usar nas suas decisões. (Tiwana, 2000)

Confiança e credibilidade, união de esforços, e a geração e gestão contínua do conhecimento são acções que devem se iniciar internamente e reflectir externamente nos produtos, serviços e como resultado positivo para com a concorrência. É o fim das barreiras hierárquicas e o início da confiança e responsabilidade sobre as operações do processo no desenvolvimento do trabalho. É claro que, se isto não for tomado somente para o campo virtual, se for aplicado realmente, haverá evolução e partilha de resultados no mundo globalizado.

O conhecimento só tem valor se, de qualquer forma, for transformado em acção, permitindo a sua medição através de resultados, decisões correctas, eficiência de processos, qualidade e inovação de produtos. (Silva; Neves, 2003)

A resposta não pode ser dada utilizando-se somente parâmetros isolados. Como Davenport e Prusak (1998), citam em sua obra – *'Desenvolvimento empresarial'*, promover o mapeamento de conhecimentos essenciais a cada

tarefa ou função e o mapeamento dos processos e, analisar os perfis mais apropriados a elas é uma via de acesso ao trabalhador que melhor retornará para a empresa e para si em sucesso.

Pode-se dizer que se o gestor do início do século XX se defrontava com uma grande carência de informação como suporte a tomada de decisão, um gestor do início do século XXI encontra-se soterrado num mar de informação.

A questão está em geri-la e retirar dela o subsídio para a tomada de decisão. Assim desenvolver competências e habilidades na busca, tratamento e armazenamento da informação e conhecimento transforma-se num diferencial competitivo dos indivíduos nas organizações.

As organizações precisam ser vistas como relações criativas e não como estruturas rígidas, como fonte de geração de ideias e não de controlo. “A busca é a de encontrar novos modelos que permitam que o trabalho operacional e quotidiano seja realizado ao mesmo tempo que o trabalho criativo, gerador da inovação” (Angelioni *et al.*, apud Angelioni, 2002)

Nonaka e Takeuchi (1997) concordam com Drucker ao considerar que a aprendizagem organizacional deve seguir as seguintes etapas:

A aprendizagem organizacional apresenta dois tipos de actividades que são a aquisição do *know-how*, utilizado para resolver as questões específicas na rotina da empresa, e um segundo tipo onde se estabelecem novos paradigmas para anular os que já estão estabelecidos.

Esta espiral de aprendizagem faz com que a equipe de trabalho crie uma dinâmica cíclica e harmoniosa que impede a estagnação de ideias e traz para o núcleo de trabalho inovações, novas ideias, perspectivas futuras.

Como a criação e a gestão do conhecimento leva a vantagens competitivas de mercado, é certo que é uma ferramenta eficaz de poder, e numa economia globalizada em que a tecnologia assume a ponta em operações comerciais, é evidente que todos os desejam.

A “*Learning organization*” é uma ferramenta que muitas empresas resolveram aplicar justamente devido à necessidade urgente por mudanças.

A motivação, curiosidade possuem uma força extraordinária de criatividade que estão interligados nas pessoas que fazem parte da equipe numa empresa. Além das próprias energias e ideais, ideias e experiências pessoais, aliar toda

esta quantidade e qualidade de argumentos a um processo de aquisição do conhecimento é uma somatória que leva ao sucesso da empresa e à satisfação geral.

A projecção de tarefas organizadas dentro de um ambiente de trabalho pressupõe uma aprendizagem inicial, que é uma corrente ligada por elos que têm funções e atitudes individualizadas dentro de atitudes colectivas dentro de objectivos específicos.

Garvin et al. (1998), Peters (1998), Nonaka e Takeuchi (1997) defendem que o trabalho compartilhado onde os profissionais envolvidos preocupam-se em desenvolver seu potencial e auxiliam no desenvolvimento do ambiente organizacional promovendo a aprendizagem, adquirindo o conhecimento e fazendo uso dele de forma colectiva em benefício do grupo, enfim, desenvolvendo as habilidades pessoais e buscando as potencialidades das partes somando as forças para alcançar um resultado comum.

As organizações, quando defrontam o ambiente global a que estão a ser submetidas, precisam de encontrar soluções viáveis e competitivas, também as pessoas devem preparar-se para ir de encontro às expectativas das organizações e para se manterem competitivas e empregáveis neste contexto.

Loureiro (2003) afirma que *“(...) dados, informação e conhecimento não são sinónimos... o sucesso ou fracasso organizacional depende, muitas vezes, de se saber qual deles precisamos, com qual contamos e o que podemos ou não fazer com cada um deles.”* Acrescenta que *“(...) a sabedoria organizacional é a aplicação do conhecimento colectivo na organização.”*

A visão da *“organização baseada no conhecimento”*, tem como principal pressuposto de que as organizações são comunidades sociais cujo principal papel é administrar o seu conhecimento de forma mais eficiente do que os seus competidores. Esta abordagem, propõe que o conhecimento numa organização é o seu activo, mais importante a nível estratégico, podendo, a sua gestão, contribuir para o estabelecimento de vantagem competitiva. (Serrano; Fialho, 2003)

Há que realçar quando a vantagem da organização é baseada em conhecimento colectivo, pois os problemas estratégicos são de menor intensidade, uma vez que nenhum individuo isoladamente pode levar o

conhecimento para casa, assim como não é fácil outra organização imitar esse conhecimento.

O conhecimento da organização deve ser entendido como o fruto de interacções específicas entre os indivíduos que a compõem, sendo assim um activo socialmente construído.

2.2.1.1 – Tipos de conhecimento

O conhecimento tem diferentes dimensões. Pode estar “*encapsulado*” nos indivíduos ou estar presente em toda a organização. A área a que se destina, a fonte que lhe deu origem e os níveis de profundidade que alcança representam a sua estrutura.

Quando se fala em gestão do conhecimento muitos termos surgem: conhecimento, inteligência, tecnologia, activos intangíveis, entre outros. São termos diferentes usados para representar o mesmo assunto. A riqueza do tema permite esta variedade pois muitos são os campos de estudo que se tem dedicado a esta questão.

Muitos são os autores de várias áreas como a administração, como Drucker que identificou o conhecimento como a nova base da concorrência na sociedade pós-capitalista, os recursos humanos (Chiavenato), psicologia (Lévy), tecnologia da informação (Murray), a engenharia da produção (Schneiderman) e muitos outros que tem procurado conclusões a respeito da gestão do conhecimento. O conhecimento não é propriedade de nenhuma destas áreas, pois as diversas conclusões sempre se sobrepõem, se completam e muitas vezes se contradizem criando um rico e vasto conteúdo de análises.

No mais elementar dos dicionários da língua portuguesa vem o significado do termo conhecimento como: “*acto ou efeito de conhecer; ideia, noção; informação, noticia, ciência, prática de vida, experiência; discernimento, critério, apreciação; consciência de si mesmo, acordo.*”

Pode-se assim afirmar que ter conhecimento é o resultado da análise de informações, noticias e ideias adquiridas e aplicadas durante experiências vividas ao longo do tempo, com discernimento e critérios fundamentados.

A gestão do conhecimento é o processo de assegurar que as diversas experiências vividas sejam transformadas em novos produtos, processos e conhecimentos para o ser humano.

Uma definição funcional e pragmática do conhecimento é dada por Davenport e Prusak (1998): *“(...) o conhecimento é uma mistura fluida, formada por experiências, valores, informação de contexto e perspicácia hábil que proporciona uma estrutura para a avaliação e incorporação de novas experiências e informação. Tem origem e é aplicada na mente humana. Nas organizações, costuma estar embebido não só nos documentos ou repositórios, mas também em rotinas, processos, práticas e normas organizacionais.”*

Também aqui se torna evidente que o conhecimento é uma mistura de vários elementos, difícil de colocar em palavras e de ser entendido em termos lógicos. O conhecimento faz parte das pessoas, da complexidade e dos imprevistos humanos. É tanto um processo como um activo, é algo definido e concreto que pode ser captado e transferido.

Sendo a aquisição do conhecimento um processo interno de compreensão das informações recebidas, e que ocorre de forma diferente para cada indivíduo pela existência de modelos mentais individuais, e que podem resultar em acções e decisões completamente diferentes, apesar do conjunto de dados ser o mesmo. Este conhecimento adquirido, para Serrano e Fialho (2003), pode dividir-se em dois grupos: declarado e de procedimentos. O declarado “como as coisas são”, constituído por descrições a respeito de pessoas, lugares e objectos, o de procedimentos trata de “como as coisas funcionam” ou seja “o como fazer” é explicado através de instruções minuciosas. Representa o *senso comum*.

Sveiby (1997) tentou definir os recursos de conhecimento existentes em três tipos:

Recursos de estrutura externa: conhecimento adquirido fora da organização, geralmente obtido por clientes, fornecedores, bancos, outras instituições e da própria imagem da organização perante a sociedade.

Recursos de estrutura interna: inclui patentes, conceitos, modelos padrões e procedimentos, processos, programa de computadores e sistemas de gestão, assim como a influência da cultura organizacional instituída.

Competência das pessoas: capacidade de acção e decisão que os profissionais têm, bem como as habilidades que precisa ter. Isto, evidentemente que tem uma relação com o próprio perfil do indivíduo, com o grau de educação alcançado e com a experiência profissional acumulada.

Este conjunto de conhecimentos é denominado por Sveiby como *Intangible Assets*, ou Recursos Intangíveis que fazem o valor competitivo de uma organização.

Sveiby propõe que o valor total da organização seja calculado pelo valor dos clientes, valor da organização e valor das competências, respectivamente e não apenas pelos activos tangíveis que formam o capital financeiro.

É possível adoptar duas dimensões para a classificação dos conhecimentos: 1. conhecimentos tácitos, que o cientista Michael Polanyi (apud Nonaka & Takeuchi, 1997) procurou definir como “*we can know more than we can tell*”, tentando dizer que muitos dos conhecimentos que possuímos não podem ser verbalizados ou escritos em palavras, e está associado ao conhecimento do “*expert*” na solução de problemas, ou ainda a agilidade que nos permite a tomada de algumas decisões. 2. Conhecimentos explícitos, aqui estão todos os tipos de conhecimentos existentes e documentados; processos, patentes, conhecimento sobre clientes, mercados, concorrentes e bibliotecas documentais sobre diversos assuntos. É o conhecimento que pode ser formalizado, sistematizado e facilmente comunicado.

Do ponto de vista da utilização do conhecimento, o conhecimento explícito tem a propriedade notável de poder ser usado simultaneamente por um qualquer número de utilizadores. Por outro lado o conhecimento tácito só pode ser utilizado por quem o detém. O talento e a competência associada ao conhecimento tácito estão indissociavelmente ligados ao indivíduo que os detém.

Num mundo globalizado e integrado, o conhecimento é o activo que mais se valoriza numa organização, pois ele é aquilo que garante uma quantidade de soluções acertadas para os problemas no trabalho, sejam elas decisões

estratégicas que afectam todo o rumo da organização ou uma resposta para um problema de um determinado cliente usando um produto ou serviço.

A junção dos dois tipos de conhecimento – tácito e o explícito - é o que resolve os problemas. Não são opostos mas devem ser como um contínuo. Muitas vezes o conhecimento reside algures entre os extremos – altamente tácito e totalmente articulado.

Segundo os pais do conhecimento Nonaka e Takeuchi (1997), existe uma dinâmica que permite às organizações criar um processo no qual os conhecimentos tácitos tendem a tornar-se explícitos e assim facilitar a disseminação. A espiral do conhecimento proporciona o processo de colaboração entre uma equipa de indivíduos com conhecimentos tácitos a serem exteriorizados (originalidade do conhecimento). Esses conhecimentos são discutidos formando-se um conceito aceite por todos e através da documentação destes conhecimentos estamos tornando-o num conhecimento explícito para todos. A partir deste momento há a interacção individual em que o conhecimento explicitado é novamente absorvido tornando-o um conhecimento tácito (a interiorização do conhecimento). Grupos de discussão ou de treino são exemplos de mecanismos usados para fazer com que estes conhecimentos sejam absorvidos pelos indivíduos deste grupo.

A espiral do conhecimento procura disseminar o conhecimento de 4 formas:

Tácito para tácitos – socialização, é o processo em que os indivíduos se reúnem para discutir uma determinada área de conhecimento (pesquisadores, professores e outros profissionais com interesses de actualizações rápidas e eficientes).

Tácito para explícito – denominado memória organizacional, o processo de exteriorização de conhecimentos procura através de um mapeamento da organização estabelecer quais são os conhecimentos existentes na organização sejam eles individuais ou colectivos. A ênfase está em disponibilizar os diversos conhecimentos existentes para todos da organização, cujo mapeamento é realizado em dois focos: pessoas (o que elas sabem e o que precisam saber), processos (como são, como funcionam e quem sabe sobre eles).

Explícito para explícito – são os conhecimentos existentes nos sistemas, manuais e documentos da organização. A maioria das organizações tem usado os sistemas de informações apenas para acelerar o processamento de dados. No momento em que elas passarem a converter estes dados em informações seus processos de decisão serão muito mais ágeis.

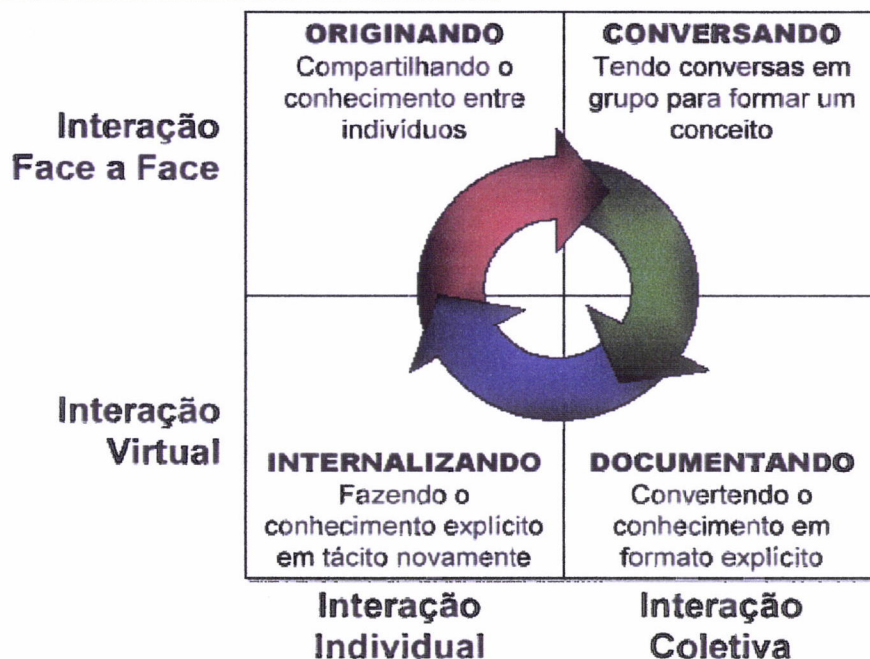
A adopção de tecnologias que permitam que as informações existentes se tornem conhecimentos que possam ser utilizados pelos decisores da organização, é fundamental num processo de gestão de conhecimento. Estes conhecimentos representam factores decisivos em processos de decisão estratégica e de correcção de rotas. Ferramentas tecnológicas como Business Intelligence, Datawarehouse, Data Mining, CRM (que ajuda a obter a Inteligência do cliente), WorkFlow, Knowledge Management, entre outros, são hoje as coqueluches utilizadas pelos especialistas em tecnologias.

Explícito para Tácito – concentra-se numa prática única: treino.

Com base no mapeamento da organização, ferramentas tecnológicas de solução de problemas, podem determinar quais os conhecimentos necessários para a organização, quais as prioridades, quem são os profissionais habilitados e quais a habilitar para que se crie um processo intenso de treino dentro da organização. Com os treinos os indivíduos transformarão os novos conhecimentos explícitos apresentados e farão uma compreensão com base em suas experiências, crenças, valores, etc., transformando-os novamente em conhecimentos tácitos.

A espiral do conhecimento que abaixo se representa, assinala todos os tipos de conhecimento, sua origem e interacções possíveis no mundo vasto e imponente como o do conhecimento,

Figura nº 1 – Espiral do conhecimento



Fonte: Dextron, 2000

O síndrome “*conhecimento é poder*” refere-se a uma mentalidade que coloca o valor que o conhecimento tem para o indivíduo à frente do valor que ele tem para a empresa.

Já o grande magnate grego Aristóteles Onassis disse, há muitos anos que: “*o segredo do sucesso é sabermos algo que mais ninguém sabe*”.

Mas a gestão do conhecimento para ser bem sucedida terá que depender da partilha e não da retenção do conhecimento.

Sem dúvida que a arma mais poderosa contra aqueles síndromes é uma cultura de cooperação.

Lembrando Drucker, o qual já em 1968, defendia: “*o que distinguirá uma nação avançada de outra será a habilidade de colher, organizar, processar e disseminar informações*”.

Existe outra dimensão de classificação que procura ver o conhecimento através de cinco características comportamentais: conhecimento incorporado; conhecimento embebido; conhecimento intelectual; conhecimento aculturado e o conhecimento codificado. (Blaker, 1998, citado por Neves e Magalhães, 2000)

Os gestores precisam desenvolver soluções apropriadas desde a concepção de produtos e processos, até à resolução de problemas no dia-a-dia da sua organização. Boa parte do conhecimento necessário ao desenvolvimento está explícito em documentos, manuais, correspondências e publicações mas, deve ser complementado pelo conhecimento que reside na cabeça das pessoas. É a junção dos dois tipos de conhecimento - tácito e explícito – que resolverá os problemas.

2.2.2- O conhecimento organizacional

Inicialmente, parece sensato diferenciar a informação do conhecimento. Como Nonaka e Takeuchi (1997:63) relatam, diferente da informação, o conhecimento “*diz respeito a crenças e compromissos*”. Ou seja, à aquisição e domínio do conhecimento, liga-se uma acção, e esta, por sua vez, significa objectivos específicos, com significado. A informação, isolada ou agrupada pode compreender apenas uma relação, uma lista de dados sem objectivo maior. O conhecimento ao contrário, não obedece a esta estática, pois está envolvido com o processo evolutivo humano em exercitar a verdade das coisas. A informação é uma ferramenta para a construção do conhecimento.

Assim do ponto de vista individual, o conhecimento é uma mistura de experiências, de valores de informações contextuais e de capacidade interpretativa de uma pessoa.

Do ponto de vista das organizações, o conhecimento reside em documentos, rotinas, processos, práticas e normas organizacionais. O conhecimento organizacional deve ser tácito e explícito, para poder sentir que é capaz de articular uma ideia e transformá-la a cada nova situação a qual a empresa é obrigada a encarar, sem colocar em risco para além das incertezas razoáveis de qualquer empreendimento, e ainda ser bem sucedido nos resultados alcançados. (Garvin et al., 1998)

O conhecimento organizacional, segundo Paiva, Roth e Fensterseifer (1998), é um processo de formulação de estratégias que tem sofrido as consequências das mudanças no ambiente competitivo do mercado.

O conhecimento organizacional é melhor aproveitado como o objectivo principal da empresa se for administrado de maneira consciente e explícita pelos profissionais. Ou seja, avaliando o que se sabe e o que há de novo, praticando novas acções (ou não) vinculadas à tecnologia disponível, sem contudo fazê-la substituir o indivíduo, que por si só garante a existência, manutenção e desenvolvimento do conhecimento na empresa. (O'Dell e Grayson Jr., 2000)

Tendo em vista os riscos e incertezas do ambiente global, o conhecimento organizacional tornou-se essencial para a sobrevivência das organizações, uma vez que estas tornaram-se verdadeiras salas de aula, onde são oferecidas formas diversificadas de informação que, uma vez convertidas em conhecimento, promovem benefícios para todos, seja na adaptação à nova realidade externa, seja ao novo comportamento organizacional na realidade interna.

A organização possui, além da equipa estabelecida com toda a sua bagagem pessoal e o planeamento de novas aquisições do conhecimento para otimizar sua posição activa no mercado, um arquivo de conhecimentos da empresa, que nada mais é do que o auto-conhecimento – os seus recursos internos existentes e do conhecimento da concorrência - do ambiente competitivo externo.

Para os japoneses, o conhecimento é considerado tácito, ou seja, ele é sentido, intuído inicialmente através de *insights*, sendo portanto muito pessoal, subjectivo. Desta maneira eles conseguem manipular o mercado – de uma maneira mais introspectiva, reflexiva em que existe uma mesclagem no indivíduo que consiste na sua história pessoal, das suas experiências, suas reacções emocionais, sua educação.

Já o modelo americano acredita sempre que é questão de treino e aptidão, que é o conhecimento explícito, mais processado e armazenado, como em um computador.

A transição do conhecimento tácito para o conhecimento explícito é que Nonaka e Takeuchi (1997), denominam como conhecimento organizacional.

A criação do conhecimento organizacional é complexa e nem sempre rápida. Isolada ela não é, porque depende de todos os componentes internos e externos da empresa para se desenvolver. Isto implica em uma série de etapas de discussão e revelações na forma de *insights*, palpites sugestivos até que se cheguem a palavras concretas que levem ao conhecimento explícito, mais esquematizado e estruturado.

Assim, o exemplo quer dizer que o conhecimento implícito ou tácito é fruto da experiência e não tem como ser transmitido, ele faz parte do indivíduo, da sua história pessoal, numa organização interna de aprendizagem de vida. E é a partir dele que a organização mental se constrói com ideias e ideais, e emoções colocadas em determinadas situações e em determinados comportamentos para determinadas situações.

A ignorância, incapacidade de absorção, a falta de relacionamentos reexistentes e a falta de motivação são obstáculos à transmissão do conhecimento e interferem certamente com os resultados líquidos da organização. Estão interligados, mas são distintos.

Quando a empresa e seus profissionais tiverem perspectivas e linguagem comuns como base para a comunicação eficaz e a transmissão de conhecimento será atingido a consciência de valor.

Neste aspecto, Polanyi e Nonaka e Takeuchi (citado em O'Dell e Grayson Jr, 2000), referem-se à *"importância e o valor de perceber e tentar transmitir o conhecimento tácito: a experiência, o discernimento, a intuição, os pequenos truques que constituem o conhecimento não-codificável que pode fazer a diferença entre o fracasso e o sucesso na transmissão."*

Dentro do universo da organização, a criação do conhecimento organizacional se faz no todo, em toda a equipa, analisando-se o potencial individual e as combinações da equipa. É o processo do auto-conhecimento de si e da organização onde o indivíduo está inserido. E são as ideias e comportamentos de todos que irão mediar e formar o perfil da empresa: interna e externamente, e garantir (ou não) a competitividade e o sucesso.

Sepender (1996) propõe que o conhecimento tácito na organização é composto de 3 componentes: o consciente, o automático e o colectivo. No consciente, o individuo consegue entender e explicar o que está a fazer. O automático é aquele em que o individuo não tem consciência do que está a fazer, é desempenhado de forma não consciente (taken-for-granted know ledge).

Kogut e Zander (1992) entendem que o conhecimento da organização é composto de duas partes: informação e Know-how.

Know-how é definido por Von Hippel (1988), como a capacidade acumulada que permite a alguém fazer algo de maneira fácil e eficiente o que implica que deve ser aprendido e adquirido.

Na medida em que o know-how é uma capacidade acumulada, significa que nem sempre esse "como fazer" é facilmente explicável, o que remete para a noção de conhecimento tácito. Isto fica mais óbvio quando se identifica knowing how com conhecimento tácito e knowing about com factos e teorias com conhecimento explícito e se afirma que a distinção entre os dois tipos de conhecimento deve-se à sua transferência e respectivos mecanismos. (Serrano, 2003)

Já Nonaka (1994) afirmava que o conhecimento é criado por indivíduos e uma organização não pode cria-lo sem indivíduos e que o papel da organização deve ser, o de amplificar organizacionalmente o conhecimento criado por indivíduos e cristalizá-lo como uma parte da rede de conhecimento da organização.

Vemos pois que o que, segundo muitos autores, determina o sucesso de uma organização é a sua eficiência no processo de transformação de conhecimento existente, no plano das ideias, para o conhecimento aplicado, no plano das acções, em comparação com a eficiência de outras organizações.

Já para Grant (1996) o papel primário da organização é a integração do conhecimento, mais do que a criação de conhecimento. O autor apresenta quatro mecanismos capazes de integrar o conhecimento especializado: regras e instruções; sequencialmente; rotinas e grupos de solução de problemas e tomada de decisão.

Podemos também dizer que o conhecimento não tem ou tem pouco valor organizacional tangível; raramente aparece nos balancetes e não transporta

benefícios fiscais ou obrigações mas, para muitas organizações, é o maior (e muitas vezes o único real) activo que possuem.

A criação de idéias, a sua partilha através da socialização torna o processo organizacional dinamizado diante da consciência de que a observação, agregada ao conhecimento tácito do indivíduo e à estruturação da organização que propicia um ambiente de trabalho favorável, certamente fará com que ocorra uma difusão interactiva do conhecimento na empresa. Desta forma, a capacitação do indivíduo e conseqüentemente da equipa e da empresa estarão ampliadas quantitativa e qualitativamente.

O activo intangível da organização, significa, além da capacidade intelectual humana, *“nomes de produtos e marcas registradas e até mesmo activos contabilizados a custo histórico, que se transformaram ao longo do tempo em bens de grande valor”*. (Walman, apud Edvinsson e Malone, 1998)

Os activos intangíveis não devem ser confundidos com a gestão do conhecimento, porque ele faz parte da organização na criação e administração do conhecimento numa empresa. Ao se contabilizar os activos intangíveis de uma organização, não se deve atribuir os resultados à criação de conhecimento e sim uma etapa importante na análise de toda a estrutura que envolve a sua gestão, que certamente implica uma série complexa de outras variáveis. (Terra, 2000)

Além do conhecimento humano, existe o capital estrutural, que é parte do processo organizacional da empresa, ou seja,

“1. Capital Humano. O conhecimento, a experiência, o poder de inovação e a habilidade dos empregados de uma companhia para realizar as tarefas do dia-a-dia. Inclui também os valores, a cultura e a filosofia da empresa. O capital humano não pode ser de propriedade da empresa.

2. Capital Estrutural. Os equipamentos de informática, os softwares, os bancos de dados, as patentes, as marcas registradas e todo o resto da capacidade organizacional que apoiam a produtividade daqueles empregados - em poucas palavras, tudo o que permanece no escritório quando os empregados vão para casa. O capital estrutural também inclui o capital de clientes, o relacionamento desenvolvido com os principais clientes. Ao contrário do capital humano, o capital estrutural pode ser possuído e, portanto, negociado.” (Edvinsson e

Malone, 1998). Os autores ainda complementam que “*O capital humano deve também incluir a criatividade e a inovação organizacionais.*”

O conhecimento é o recurso por excelência da nova economia, e a sobrevivência dum organização depende da sua habilidade para capturar inteligência, transformá-la em conhecimento, embuti-lo na aprendizagem organizacional e difundi-lo através da organização.

Podemos assim concordar que a experiência, o juízo, as regras básicas e a intuição assim como os valores e as crenças, são as componentes chave do conhecimento nas organizações, já preconizadas por Davenport e Prusak. E que reafirma que o valor do conhecimento dum organização, aumenta com o uso (Quinn et al., 1996), pois as competências são reforçadas quando aplicadas e partilhadas. O conhecimento desvanece se não for aplicado (Prahalad e Hamel, 1990).

Num universo em complexidade crescente e saturado de informação, a gestão do conhecimento tornou-se o factor essencial da *performance* da organização em que o grande desafio é a reconstrução permanente da competência colectiva da competência organizacional num ambiente pautado de mudanças súbitas, rápidas e imprevisíveis. “(...) *A competência global de uma organização resulta de um combinação de competências individuais, colectivas e organizacionais.*” (Zorrinho; Serrano; Lacerda, 2003)

2.2.2.1 - Gestão das pessoas – formação/competência profissional

Há pouco anos atrás, as organizações ou empresas deparavam-se com a necessidade de produzir com eficácia para serem competitivas. Surgiram os tempos da reengenharia dos processos. Mais tarde o “*Time to Market*” passou a ser a principal preocupação, exigindo novas formas de produção em massa. Hoje, outro paradigma surgiu, a economia tornou-se global e já não chega produzir com a máxima eficácia e colocar os produtos rapidamente no mercado. A inovação é uma constante e o verdadeiro factor crítico é o

conhecimento que cada organização detém e a sua gestão é uma necessidade imperiosa.

A gestão do conhecimento refere-se a todo o esforço sistemático que é realizado pela organização para criar, utilizar, reter e medir o seu conhecimento. Pelo que não é uma acção isolada mas sim a integração de muitas iniciativas a funcionar em conjunto para garantir que o conhecimento é criado e partilhado em toda a organização sendo único para cada organização. Sveiby (1998) diz que a gestão do conhecimento pode ser entendida como *“(...) a arte de gerar valor a partir de bens intangíveis da organização.”*

Para Murray (1999) a gestão do conhecimento é *“(...) uma estratégia que transforma bens intelectuais da organização – informações registadas e o talento dos seus membros – em maior produtividade, novos valores e aumento de competitividade”*. Estas práticas envolvem a adopção de uma filosofia de gestão mais activa, assim como, uma intensiva utilização das ferramentas de tecnologia da informação. Pode-se afirmar que a gestão de conhecimento é um conjunto de processos e técnicas que coordena a criação, disseminação, armazenamento e utilização do conhecimento para atingir plenamente os objectivos da organização.

O Gartner Group (1998) define que *“ a gestão do conhecimento colhe e partilha bens intelectuais visando obter resultados em termos da produtividade e capacidade de inovação das empresas. É um processo que envolve gerar, colectar, assimilar e aproveitar o conhecimento, de modo a gerar uma empresa mais inteligente e competitiva.”*

Pode-se dizer que a gestão do conhecimento permite a criação, a comunicação e a aplicação do conhecimento de todos os tipos, com a finalidade de se atingir metas e objectivos traçados para a organização. Isto é, as relações de competências básicas para o que a organização faz bem, as relações de pesquisa e geração de conhecimento para o que não faz bem, e as relações de inovação para encontrar novas oportunidades de negócios e de serviços.

O conhecimento é inerente ao homem e não aos sistemas automatizados e aos processos e eles é que deveriam ser organizados em função do conhecimento.

As pessoas e a sua experiência têm mais valor do que qualquer investimento em tecnologia. Esta é apenas um meio para que as pessoas criem, partilhem e usem os dados, e a informação, e quem sabe o conhecimento.

Assim um sistema de gestão de conhecimento deverá abranger a intuição, as crenças, os julgamentos, as experiências, os valores e a inteligência das pessoas, factores estes nitidamente tácitos. Não há tecnologia que possa emular ou simular estas variáveis, nem mesmo a inteligência artificial.

Lembrando Quinn (1992) que diz que *“quando o conhecimento pode ser aplicado no momento e no local onde é necessário e apoiar as decisões para um melhor desempenho, é considerado inteligência. Quando flui livremente pela organização, é partilhado, cresce, é validado, e a organização informatizada passa a organização inteligente”*.

Por isso, a gestão do conhecimento só terá sentido quando baseada na estratégia da organização: o conhecimento que a organização tem de gerir é aquele que é capaz de servir os seus propósitos estratégicos. O que é conhecimento valioso para uma organização pode para outra ser apenas um conjunto de dados sem qualquer valor.

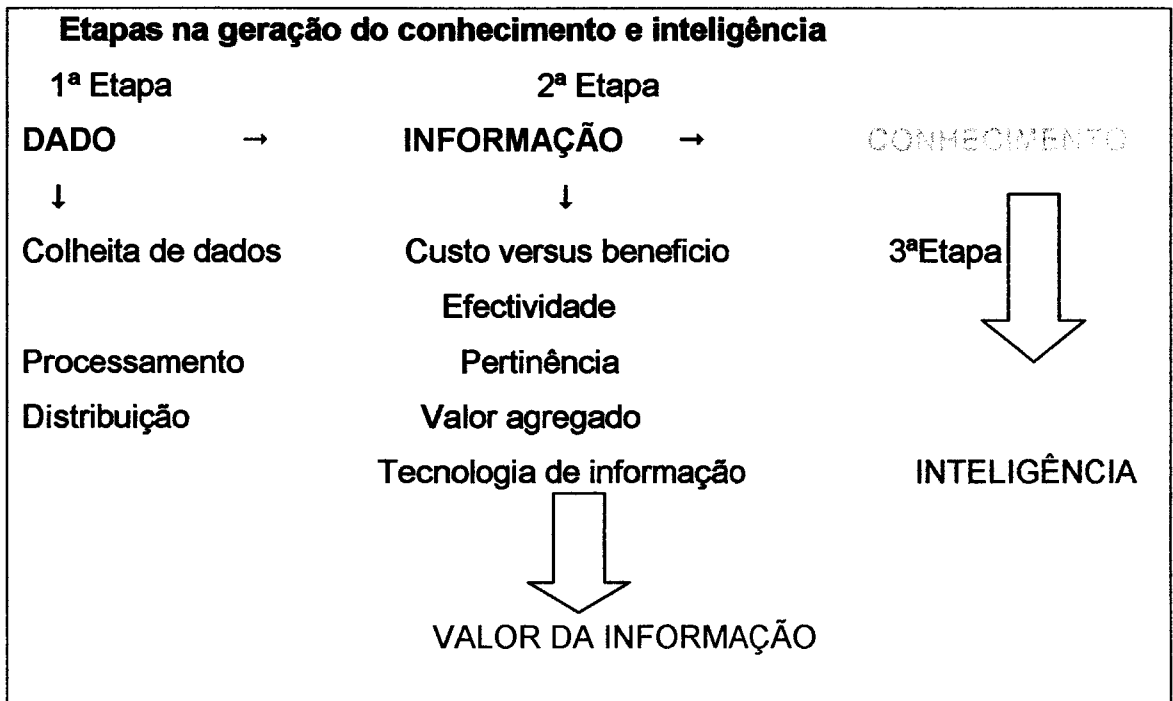
A informação, o processamento da informação (por meio da tecnologia da informação), a comunicação e a presença imprescindível do ser humano são os elementos básicos para essa gestão.”

Dados, informações, conhecimento e inteligência/sabedoria são elementos presentes no dia a dia das organizações em seus principais processos, sejam eles de apoio, operacionais ou de decisão. É com conhecimento que transformamos dados em informações e, posteriormente, por meio da análise e compreensão das informações é que chegamos a novos produtos e processos que, por sua vez, trarão novas experiências e conhecimentos à organização. É preciso distinguir as diferenças existentes entre dados, informação e conhecimento.

Podemos assim dizer que há uma hierarquia, com refere Tjaden (1996):

Nesta hierarquia os dados são componentes essenciais para gerar informação que façam a diferença a quem a usa.

Figura nº2 – Geração do conhecimento e inteligência



Fonte: Tjaden, 1996

Para interpretar melhor o conhecimento, Lévy conseguiu dividi-lo em formas de conhecimento, traduzidas em saberes que são:

Saber o quê: conhecimento sobre algum tipo de facto.

Saber porquê: são as razões/motivos que se encontram por trás de qualquer decisão.

Saber como: são as interpretações utilizadas para através de análise de um conjunto de informações estabelecer soluções para problemas.

Saber quem: apesar de pouco utilizado nas organizações, o conhecimento de quem está envolvido em cada fase dos processos de uma organização tem, a cada dia, ganho mais força.

Na prática o conhecimento é criado pelas pessoas e a elas pertence. Uma organização não pode criar conhecimento sem as pessoas. O que pode fazer é apoiar pessoas criativas e prover contextos para que essas gerem conhecimento. Além da geração e/ou aquisição de conhecimento, é preciso cuidar para que ele seja catalogado, transferido, assimilado e utilizado

Através de comparação, experiência, conexão com outros conhecimentos e mesmo através de outras pessoas, o indivíduo cria as condições necessárias para a geração, partilha e conseqüentemente, difusão do conhecimento. É a parte dele as forças ativas de todo o processo.

Para que aconteça o desenvolvimento e a comunicação do conhecimento na organização, são necessárias ferramentas, como já foi dito anteriormente, e tempo, para aprender a utilizá-las, e pessoas, logicamente, que são a base de tudo, formação da cultura organizacional. Esta cultura faz com que o seu catalisador, o homem, seja o colector das informações e dissemine o conhecimento adquirido de várias formas, à equipa de trabalho. Esta interacção é que é a responsável pelos bons resultados entre os outros profissionais, com o cliente, com as empresas/organizações concorrentes no mercado (O'Dell e Grayson Jr., 2000: 102-106).

Teixeira Filho (2000), entende que os profissionais de recursos humanos, devem apresentar um perfil activo na empresa, responsáveis por parte do processo de construção do conhecimento na empresa, fazendo com que ela tenha maior vantagem competitiva no mercado. Alguns pontos definem o papel do profissional de recursos humanos:

O desenvolvimento pessoal passou a assumir um papel prioritário na organização, na medida em que a construção do conhecimento passou a influenciar quase que directamente os resultados de várias acções. O profissional do conhecimento não empresta sua “mão-de-obra” e sim sua capacidade intelectual pessoal, sua experiência para suas acções, partilhando com seus colegas, buscando não mais somente compensação financeira, mas também o desenvolvimento individual e, por consequência, da sua equipa.

Terra (2000), acredita que existem novas tendências surgindo no que se refere ao recrutamento e selecção, ao treino e à carreira e sistemas de recompensa.

O recrutamento e selecção de profissionais passaram a ser o “equivalente” ao investimento em novas máquinas de uma empresa industrial. Sveiby (apud Terra, 2000:129), relata que, dependendo da decisão de um recrutamento estratégico na empresa, é possível se *“aumentar ou reduzir suas competências e outros activos intangíveis”*. Ou seja, caso o perfil do profissional não seja condizente com as necessidades da empresa ou não haja integração na equipa

de trabalho, os resultados das acções conjuntas podem não resultar em sucesso tanto interna quanto externamente. Novos requisitos pessoais são pedidos hoje em dia, para definir a admissão ou não de um profissional em numa empresa/organização. Entre eles, capacidade cognitiva, criatividade, motivação pessoal, autonomia, capacidade de decisão.

O maior “bem” que uma empresa do novo milénio tem não é necessariamente a sua estrutura física e muito menos o capital de investimento, mas sim a equipa que detém os activos intangíveis e faz com que sirvam de alavancas às acções que impulsionam o sucesso. A interacção, a integração dos profissionais é o que se converte no maior activo da empresa.

A questão da formação é complexa e requer percepção tanto dos profissionais de recursos humanos como os outros profissionais da equipa, uma vez que na organização, o indivíduo tem que desenvolver habilidades cognitivas.

A formação contínua torna-se importante para aqueles profissionais cuja educação formal orientou seu ensino para a aprendizagem. A reciclagem torna-se fundamental, seja do ponto de vista pessoal, seja do ponto de vista profissional. Não se trata de treino e sim de accionar o auto-aprendizado, o estímulo pela reciclagem do profissional do conhecimento.

A questão da carreira e de recompensa não pode invalidar ou prejudicar os processos de aprendizagem e partilha de capital intelectual de cada profissional. Na era do conhecimento, o pensamento sistémico e a cumplicidade e/ou comprometimento com a aprendizagem supera títulos e posições no ambiente empresarial. “*O capital humano e seu conhecimento (formal e empírico) são a essência do sucesso*” (Terra, 2000: 140).

Bock, Furtado e Teixeira (citado por Teixeira Filho, 2000), afirmam que “*o homem é um ser social que constrói a si próprio ao mesmo tempo que constrói, junto com os outros homens, a sociedade e sua história.*”

Num mundo em constante mutação assiste-se à necessidade de desenvolver e adquirir novas competências. Esta aquisição implica que todo o profissional tenha uma atitude dinâmica e reflexiva sobre o quotidiano, seja ele pessoal, profissional ou social. O desenvolvimento de competências visa atingir a mestria numa actividade, sendo esta mestria resultante da combinação

dinâmica dos saberes teóricos, do saber fazer e de atitudes, relativa a uma situação ou situações.

A formação implica um percurso de formação, de procura e de acção ao longo da vida. Ela deve ser entendida como um fenómeno social que necessita de uma vontade pessoal para se realizar, na qual, um dos objectivos básicos é o desenvolvimento de competências, quer pessoais, quer técnicas ou relacionais. Numa sociedade globalizada, voltada para a integração das nações e de suas acções, o homem, o profissional do conhecimento, passa a ocupar uma posição privilegiada e tem a importante missão social e económica de orientar e administrar as estratégias dentro da empresa/organização, integrando-se à sua equipa de trabalho através de sua experiência e ideias, dentro de sua capacidade intelectual pessoal. Afinal, *“O futuro só se define completamente quando se torna presente.”* E isto uma vez alcançado, certamente garante o sucesso – pessoal e colectivo.

Para Loureiro (2003), a gestão do conhecimento deve atender a vários objectivos:

- criar um repositório de conhecimentos (conhecimento externo, conhecimento interno estruturado e conhecimento interno informal);
- melhorar o acesso ao conhecimento através da identificação das páginas amarelas; estabelecimento da rede e criação de gatekeepers;
- desenvolver um ambiente e uma cultura organizacional que estimule a criação, a transferência (partilha) e o uso do conhecimento;
- gerir o conhecimento como um recurso mensurável;
- através de auditorias interna, buscando o conhecimento – capital intelectual – disperso pela organização.

Para este autor a gestão do conhecimento deve estar mais baseada em redes de conhecimento do que em redes de informação, reforçando o papel das relações entre as pessoas, e que pode ser facilitado pelas tecnologias de informação e comunicação, onde o papel da tecnologia deve ser visto como suporte à rede de conhecimento, e não um fim em si mesmo.

Stewart (1996) afirma que a facilidade de acesso a novas tecnologias já não possibilita às grandes empresas a exclusividade do acesso. A preocupação

passou a ser como gerir os conhecimentos existentes nas organizações e mais do que isso como disseminar dentro da organização.

Tal como refere Chiavenato (2001), *“(...) no passado, os desejos eram enxugar o organograma e organizar os processos. Para o futuro, serão os de incorporar à filosofia das empresas a busca do comprometimento das pessoas, a educação ou melhor, a aprendizagem corporativa e a gestão de competências”*.

São necessárias orientações mais claras e precisas sobre a operacionalização da gestão do conhecimento, refere Garvin (2000). Defende a gestão pautada em cinco actividades principais: solução de problemas de maneira sistemática, experimentação de novas abordagens, aprender com as próprias experiências e antecedentes, aprender com as experiências e melhores práticas alheias e transferência de conhecimento rápida e eficiente em toda a organização.

Serrano (2003) diz que *“competência é a forma de descrever o conhecimento do individuo no contexto organizacional e consiste em cinco elementos: conhecimento explícito; conhecimento tácito – a arte de “saber fazer”, são capacidades adquiridas sobretudo através de treino e de prática; experiência – reflexões sobre erros e sucessos passados; Julgamento de valor – percepções do que a pessoa acredita; rede social – relações com outros seres humanos dentro de um ambiente e de uma cultura transmitidos pela tradição”*.

Assim a gestão do conhecimento, toma o nome de *“práticas exemplares”*, de capital intelectual ou de aprendizagem organizacional (...) é o processo de potencializar o que as pessoas sabem para criar valor. (Loureiro, 2003)

Essas práticas resultam do desenvolvimento de competência que surge do aperfeiçoamento da perícia do desempenho, alicerçando este aperfeiçoamento na experiência situacional e na formação, providenciando simultaneamente uma base para o desenvolvimento da teoria da profissão e progressão na carreira.

Daí poder afirmar-se que *“(...) o homem fez e faz sempre as suas opções com base na informação disponível e na forma como a interpreta”*. (Zorinho et al, 2003), onde *“(...) a transferência de conhecimento é transformar experiências e Know how de pessoas e grupos em conhecimento”* (Liebowitz ,2000).

2.2.3 - O conhecimento em movimento

Para Kugle (2002), as pessoas que trabalham mais perto umas das outras têm maiores probabilidades de partilhar o conhecimento. As equipas multifuncionais são uma forma particularmente bem sucedida de as empresas aumentarem a probabilidade de interacção. A par com a transferência directa e deliberada de conhecimento, estas equipas promovem igualmente a criação de redes informais.

Kugle afirma também que, *“(...) a rotatividade de funções é outra forma de aumentar a probabilidade de interacção e ajuda também a melhorar as redes informais... e que objectivos desafiadores, maior interacção, são duas alavancas de forte estimulação do conhecimento, mas muitas vezes é necessária uma terceira alavanca – a dos incentivos, ... financeiros ou não, de modo a aproximar os benefícios da partilha e do uso do conhecimento dos ganhos inesperados resultantes da acumulação de conhecimento. Fala ainda na quarta alavanca que permite estimular o conhecimento e criar o contexto cultural adequado à gestão do conhecimento e que está relacionada com o envolvimento pessoal dos colaboradores, seu entusiasmo e a vontade de se responsabilizarem pelas suas próprias ideias”.*

Ainda que não exista uma cultura do conhecimento global, qualquer empresa deve lançar-se activamente nas três principais tarefas da gestão do conhecimento: aplicação, distribuição e geração.

A aplicação é o uso do conhecimento num contexto específico, de modo a produzir um resultado desejado que gere valor para a empresa. Sem saber aplicar o conhecimento, não faz sentido preocupar-se em desenvolvê-lo e distribuí-lo.

Os funcionários de qualquer organização aplicam conhecimento todos os dias. Seja ao ler, ao calcular, ao pensar, ao conduzir ou operar máquina, o conhecimento é aplicado automaticamente, mesmo que de forma inconsciente, no desempenho das suas tarefas.

Enquanto que a aplicação se centra na operacionalização do conhecimento, a distribuição assegura que ele esteja disponível para a pessoa certa, no lugar certo, no momento certo.

O conhecimento deve ser “*selectivamente*” disponibilizado a toda a organização. Selectividade não significa criar autoridade onipotente que ajuíze sobre quem deve ter acesso a que conhecimento, mas é importante evitar o excesso de informação, mas sim incentivar o estímulo ao conhecimento. O estímulo certo é aquele que garante que apenas seja procurado o conhecimento que é relevante, o que significa que não é necessário negar-lhe o acesso. Aqui reside a diferença entre impor a informação a todas as pessoas e torná-la disponível para quem dela necessite. Uma boa distribuição do conhecimento faz também com que ele flua através dos canais adequados, chegue às pessoas certas e tenha o máximo impacto, independentemente da localização, tendo presente a regras básicas da confidencialidade.

A distribuição é a que mais depende de uma sólida infra-estrutura, que vai para além de sistemas de tecnologia sofisticados, mas também das redes pessoais entre os funcionários da organização e da interacção pessoal daqueles com parceiros internos e externos.

A geração é um exercício necessário para assegurar que o fluxo de inovação da empresa e o seu stock de conhecimento se mantém a um nível elevado. Qualquer empresa está sempre a perder conhecimento: desde que os funcionários mudem de emprego; torna-se desactualizado em função das forças do mercado; perde-se com o esquecimento humano ou numa base de dados demasiado grande. Uma miríade de perigos aguarda o conhecimento de uma empresa. Por isso o valor do conhecimento apresenta flutuações significativas e imprevisíveis.

Kugle refere que o desafio da geração do conhecimento é o mais premente nas indústrias em que o conhecimento costuma perder valor mais rapidamente, por exemplo devido aos ciclos de vida curtos dos seus produtos ou à ameaça da competição que contrai o mercado. As empresas de alta tecnologia e as farmacêuticas são exemplos claros de indústrias que dão ênfase significativa à geração de conhecimento, como se pode ver pelos orçamentos para I & D.

Daí que gerir conhecimento significa trabalhar no sentido da sua aplicação, distribuição e geração eficazes.

Kugle (2002) refere seis características que permitem distinguir o conhecimento dos activos tradicionais e é a compreensão da natureza dessas diferenças que caracteriza o gestor verdadeiramente conhecedor da matéria:

...*subjectividade*, o mesmo conhecimento pode ter significados diferentes para diferentes pessoas... *transferibilidade*, pode ser transferido para diferentes contextos...*sedimentação*, o conhecimento está muitas vezes sedimentado ou imobilizado nas cabeças das pessoas ou nos arquivos (papel ou electrónico) ...*autovalorização*, aumenta em valor quando é partilhado, tendo como resultado um acréscimo de lucro e de valor para a empresa....*pericibilidade*, a imprevisibilidade do valor de qualquer conhecimento específico torna difícil a gestão do conhecimento no seu todo....*espontaneidade*, o conhecimento desenvolve-se espontaneamente – a ideia perfeita pode surgir de repente.

Podemos dizer que a comunicação é uma das componentes mais importantes para que o conhecimento seja uma fonte de valor para qualquer organização.

A comunicação deve ser dentro de uma organização o conhecimento em movimento. As ideias causam maior impacto quando são amplamente compartilhadas. Nesse sentido, mecanismos diferentes como apresentações escritas, orais e visuais; visitas a outras localidades; programas de educação e treino, entre outros, são recursos que incrementam o processo de transferência de conhecimento.

“O conhecimento é transferido nas organizações, quer gerimos ou não este processo” (Davenport e Prusak, 1998). Isto vem ocorrendo desde os sinais dos tempos (para o ser humano). Se o caminho é iluminado, livre de obstáculos e sem curvas, já é uma questão de gestão e utilização de recursos.

Diálogo, confiança mútua, senso comum, linguagem comum, são todos factores de transferência que justificam-se e precipitam a transferência de conhecimento, sensivelmente, e principalmente, quando o conhecimento é compartilhado por meios não estruturados, não formais. Assim, *“quanto mais rico e tácito for o conhecimento, mais tecnologia deverá ser usada para possibilitar às pessoas partilhar aquele conhecimento directamente. Não é boa ideia tentar conter ou representar o próprio conhecimento usando*

tecnologia” (Davenport e Prusak, 1998). Deve-se promover reuniões face a face; trabalhos em equipa fazer o rodízio de funções; publicar as descobertas; dar tempo e criar local para a transferência e o aprendizado; estimular a aproximação não hierárquica de conhecimento. Portanto, o que está direccionando o sucesso da transferência não é só a tecnologia, são, também, os valores, as normas e cultura da organização. Eles falam da cultura de transferência do conhecimento e enumeram os factores culturais que actuam como inibidores dessa transferência: falta de confiança; cultura, vocabulário e quadros de referência diferentes; falta de tempo e local para encontros informais; estatuto e recompensas para os detentores do conhecimento e ausência de incentivos para a sua partilha; falta de absorção do conhecimento, crença de que o conhecimento é uma prerrogativa de grupos particulares; intolerância para os erros e necessidades de ajuda.

O modelo de conhecimento organizacional é a capacidade de ele criar novo conhecimento, difundi-lo na organização como um todo e incorporá-lo a produtos, serviços e sistemas. É um movimento que caracteriza que caracteriza um comportamento inteligente.

Nas organizações, além da interacção entre o conhecimento tácito e o explícito, existe a interacção entre o indivíduo e a organização.

As organizações possuem conhecimento disseminado e partilhado por todos, e conjuntos de conhecimento pertencentes a indivíduos, pequenos grupos ou áreas funcionais, por outro *“(...) o processo de estabelecimento de uma linguagem comum é a forma desenvolvida e adoptada pelos indivíduos e grupos (...) através da codificação a organização incrementa a apreensibilidade do conhecimento e a sua transferência entre grupos dentro da organização e mesmo entre organizações.”* (Serrano; Falho, 2003).

A mobilidade do conhecimento dentro da organização pode entender-se através da distinção entre mobilidade *“interna”* e *“externa”*.

Podemos pois dizer que quando a vantagem da organização é sustentada em conhecimento explícito, então a estratégia da organização deve reconhecer que esse conhecimento é acessível e móvel.

Quando o conhecimento é propriedade de um trabalhador ou de um pequeno grupo, a preocupação estratégica deve estar orientada para evitar que esses indivíduos se apropriem desse conhecimento em detrimento da organização.

Como diz Serrano (2003) uma distinção importante é identificada quando a vantagem da organização é baseada em conhecimento colectivo. Neste caso, os problemas estratégicos são de menor intensidade, pois nenhum indivíduo isoladamente pode *“levar o conhecimento para casa”*, assim como não é fácil para outra organização imitar esse conhecimento.

Assim o sucesso de qualquer organização baseia-se na capacidade de criar e transferir conhecimento de forma mais eficaz que os seus competidores.

O aprender com os outros é derivado de observações e investigações no ambiente externo. Ideias e insights podem decorrer de diferentes ambientes organizacionais proporcionando o desenvolvimento de novas perspectivas. (Gravin, 2000) O benchmarking – processo sistemático de pesquisa para identificar, analisar, adoptar e implementar as melhores práticas de outras organizações – constitui-se num recurso para novas ideias. Outro recurso importante, são os clientes. O fornecimento de feedback pelos clientes sobre produtos ou serviços representa mais uma fonte de ideias.

2.2.4 – A importância do conhecimento nas organizações

Cada vez mais, para criar e estabilizar posição de vantagem competitiva sustentável, as melhores organizações estão investindo na aplicação de conceitos como aprendizagem, conhecimento e competência. A criação ou aquisição de conhecimento pela organização sobre suas acções representa um recurso intangível capaz de lhe conferir vantagem competitiva. Conhecimento que é derivado das interacções desenvolvidas em processos de aprendizagem que ocorrem no ambiente organizacional. Quanto mais específico esse conhecimento for em relação à organização, mais se torna fundamental nas suas competências essenciais e, em consequência, um importante activo estratégico.

O conhecimento organizacional está impossibilitado de ser negociado ou facilmente imitado, uma vez que representa a base e os alicerces da história e da cultura da organização. As competências essenciais de uma organização representam conjuntos de conhecimento tácito e colectivo, resultantes da aprendizagem, e que produzem vantagem competitiva .

O conhecimento não pode ficar ao sabor do acaso. Nem das oportunidades. Chiavenato (2001) refere que *“ o aprendizado e o desenvolvimento devem ser feitos nas actividades do dia –a –dia para associar o que se aprende ao que se faz na prática e não podem ficar restritos a algumas semanas por ano durante cursos específicos de treino. O aprendizado deve ser organizado e contínuo, afectando e envolvendo todos os membros da organização ...”*.

O conhecimento depende da aprendizagem. Peter senge (1974) propõe cinco disciplinas de aprendizagem como um conjunto de práticas para construir e melhorar a capacidade de aprendizagem nas organizações:

1. Domínio Pessoal
2. Mudança de modelos mentais
3. Visão partilhada
4. Aprendizagem de equipas
5. Raciocínio sistémico

A aprendizagem organizacional a partir delas faz com que as pessoas e grupos possam conduzir as organizações para a mudança e renovação contínuas.

Nos últimos anos as organizações têm reconhecido com mais intensidade que as pessoas são seus principais activos. Stewart (1996) afirma que a facilidade de acesso a novas tecnologias já não possibilita as grandes empresas a exclusividade do acesso, elas precisam de algo mais para se tomarem mais ágeis e competitivas. Com essas mudanças as organizações passam a obter diferenciais mais significativos, denominados por muitos Vantagem competitiva. A preocupação passou a ser como gerir os conhecimentos existentes dentro das organizações e mais do que isso como os disseminar dentro da organização.

Uma organização pode elevar muito o seu desempenho, incrementando o conhecimento organizacional a partir da contribuição de cada um dos seus

indivíduos que a compõem, produzindo-se uma poderosa soma sinérgica. O tangível está cedendo lugar ao intangível.

A eficácia da transferência do conhecimento depende de incentivos adequados, pois quando os trabalhadores sabem que seu conhecimento será aplicado, o estímulo é diferente e o desenvolvimento desse conhecimento na prática é muito mais provável. (Garvin, 2000)

Alguns factores contribuem para o sucesso desta actividade: transferência de pessoas para outros locais da organização, inovação na gestão de recursos humanos com organização de equipas autogeridas, responsabilizando-se pela distribuição de tarefas, programação da produção, solução de problemas e melhoria continua, além da avaliação.

Com o crescimento da importância da gestão do conhecimento, as organizações passam a se preocupar com o que sabem, o que precisam saber e, não menos importante, o que a concorrência sabe. Passa a ser cada vez mais importante identificar o impacto e a consistência do conhecimento no sector específico de sua organização. Torna-se fundamental criar condições e apoiar o desenvolvimento e a comunicação desse conhecimento. A organização passa a perceber a importância de transformar seu conhecimento num activo ao seu serviço, ao invés de apenas ser propriedade de indivíduos ou grupos internos.

As organizações estão-se consciencializando de que é muito importante “saber o que elas sabem” e como consequência tirar o máximo proveito sobre seu “activo de conhecimento”. Mas muito do conhecimento existente não pertence à organização, ele está na cabeça de seus funcionários e, quando se vão embora levam para outra todo esse conhecimento. É preciso criar mecanismos que façam com que esse conhecimento permaneça na organização. A difusão do conhecimento torna-se fundamental neste processo.

Os subsídios de Senge sobre “organizações de aprendizagem” são importantes para a gestão do conhecimento nas organizações e reveladoras da sua importância. Destaca-se o domínio pessoal fundamentado na habilidade, competência e crescimento pessoal; o surgir de modelos mentais para testar e melhorar visões e suposições acerca do mundo, modelando o modo de agir na organização; criar um objectivo comum pela aspiração colectiva como forma de

comprometimento para a organização e que dá sentido às diferentes actividades; o aprender em grupo nas suas três dimensões (1.inteligência de conjunto maior que a individual, 2. acções inovadoras de forma coordenada – cada membro sabe que integra uma equipa e actua de forma a complementar as acções dos outros membros, 3influência de grupo sobre os outros grupos, onde uma equipa colabora com outras equipas na difusão de técnicas de conhecimento em grupo); e por último o raciocínio sistémico que busca a integração das outras em que *“o todo pode ser maior que a soma das partes”*, podendo ser a chave da razão e da intuição.

Para Loureiro (2003) *“(...) as oportunidades disponíveis para uma pessoa ou empresa são função do seu conhecimento. Esse novo interesse baseado no conhecimento surge da convergência de várias tendências da sociedade actual: a mudança rápida e a concorrência feroz... a globalização... organizações mais magras... a mobilidade da força de trabalho... as novas tecnologias... o aumento do trabalho virtual... os clientes, com a solicitação de produtos e serviços especializados (...)”*.

A gestão do conhecimento torna-se importante no sentido de agregar maior competitividade, protegendo as informações essenciais às missões críticas das organizações. Terão que promover e motivar as mudanças culturais e praticar a cultura da colaboração entre os funcionários, pois a competição existe dentro e fora da organização, embora a competição interna não possa comprometer o nível de colaboração necessária à sobrevivência no mercado externo.

2.3 – GESTÃO DO CONHECIMENTO EM CONTEXTO DE SAÚDE

Quando ainda se desconheciam as causas de muitas doenças e a medicina se mostrava impotente para impedir o seu agravamento, para combater o sofrimento por elas causado e para as curar, os conceitos de saúde e de doença encontravam-se a uma atitude fatalista do destino.

A saúde deixou, hoje, de ser considerada exclusivamente como ausência de doença e passou a ser entendida, em sentido genérico, como um estado

contínuo de adaptação entre o homem e os ambientes físico, social e cultural que o envolvem ou, então como o equilíbrio, sempre instável, entre os estados de saúde e de doença ou, ainda, como a capacidade biológica do homem em manter a sua autonomia.

Para a Organização Mundial de Saúde o conceito de saúde implica a existência acrescida de bem-estar. Para atingir este estado de saúde a pessoa tem que estar apta a identificar e realizar aspirações, a satisfazer necessidades e a alterar ou lutar contra o meio. Assim entendida como um conceito positivo, implica uma atitude de conquista permanente, ou seja, uma procura de completo bem-estar, deixando de ser uma qualidade absoluta, para passar a ser um valor que é conferido não apenas pela cultura da sociedade mas por cada pessoa em particular.

A saúde como conceito positivo vai, para além de um estado assintomático, tocando de perto a qualidade de vida, e todas as possibilidades que se podem oferecer ao ser humano.

A definição de qualidade de vida não tem a ver com a exclusiva medida objectiva do estado clínico de um indivíduo ou daquilo que ele possui, mas, antes, com uma avaliação baseada em múltiplos parâmetros, e não apenas num único elemento, enquadrados num contexto global e pessoal do doente, dificilmente quantificáveis, que envolvem as suas vertentes físicas, psíquicas, espirituais e sociais.

Sendo a saúde um dos maiores recursos para o desenvolvimento pessoal e uma dimensão importante da qualidade de vida, surge a questão urgente de saber como se está a promover, nos nossos serviços de saúde, o bem-estar e, portanto, a qualidade de vida dos doentes “condenados” pela medicina, com morte anunciada a curto prazo e, muitas vezes, vivendo num quadro de sofrimento intolerável.

As conquistas da técnica, do conhecimento e desenvolvimento em geral, ocorridas no último século, criaram no homem e, portanto no profissional de saúde, a ilusão do seu domínio sobre a natureza. Encaramos frequentemente a doença incurável como um fracasso e a morte do nosso doente como uma catástrofe profissional.

Perante o inevitável, ou nos afastamos do doente que já não conseguimos curar, ou intervimos, intensa e por vezes “desumanamente”, numa luta contra a morte que, com obstinação, não queremos mostrar, a nós próprios e aos outros, que perdemos.

Na sociedade actual, em que as falsas noções de saúde e de felicidade implicam tudo o que estimula os sentidos, como a beleza física e, portanto, a ausência de doença e de sofrimento, a eficácia técnica é preferencialmente posta ao serviço de curável, porque só assim é reconhecida e valorizada pela própria sociedade.

A fragilidade da vida e a certeza da morte são, ambas, estranhas ao nosso quotidiano, uma vez que a vida deixou de ser vivida com a certeza que era curta e de que a morte podia estar presente em qualquer instante. Vive-se, como se fossemos imortais, tendo-se gerado na sociedade e, portanto, também nos serviços de saúde, uma recusa generalizada da morte.

De facto com a mudança de residência da morte de casa para o hospital, surgiu a tendência para se esconder a verdade ao doente e à família da presença do fim de vida.

A morte passou a ser um fenómeno técnico e frio, que ocorre quando se deixa o tratamento ou quando se param “as máquinas” por decisão do médico ou da equipa prestadora de cuidados. A morte nos serviços de saúde, passou a decompor-se tecnicamente em pequenas mortes parcelares, fragmentada numa série de pequenas etapas, como perdas sucessivas de privacidade, da identidade, da liberdade, do direito à verdade, da dignidade e da consciência, até ao suspiro final, não se sabendo qual delas foi, realmente a verdadeira morte.

É hoje relativamente pacífica a ideia de que não há só uma medicina nem um só modelo etiológico de saúde/doença.

Como diz J. Ch. Sournia (1995), conhecido médico francês e historiador da medicina, relativiza a pretensa universalidade da medicina (ocidental), pondo o acento tónico naquilo que é, por essência, o acto médico, desde a Grécia Antiga até às nossas actuais sociedades da informação: "O acto médico coloca uma pessoa que se considera doente na presença de outra à qual atribui poder e conhecimentos. Nenhuma destas circunstâncias pode escapar à história: o

desejo de ser tratado é justificado por uma dor ou uma anomalia na aparência ou no funcionamento do corpo, cuja apreciação varia de acordo com as épocas, as culturas, as sociedades e as religiões", escreve J. Ch. Sournia, na sua História da Medicina (Soumia, 1995: 7. *Itálicos nossos*).

(Graça, 1995), refere também que a especialização médica não pode ser vista apenas como uma forma de divisão *técnica* do trabalho no hospital. Pelo contrário, ela introduz uma noção de hierarquia social e, com ela, um sistema de selecção. Ou seja, passa a haver uma hierarquização dos médicos, dos serviços e das fileiras de cuidados, e conseqüentemente um acesso desigual dos doentes.

Fala-se em industrialização da produção hospitalar no sentido em que o acto médico (ou seja, o conjunto até então indivisível do diagnóstico, da decisão terapêutica e do tratamento) passa a ser decomposto numa série de intervenções complementares efectuadas por pessoal médico e paramédico especializado no seio de unidades, também elas, tecnicamente diferenciadas.

É aqui que podemos situar as unidades de cuidados Intensivos, uma pequena organização, altamente diferenciada, e com pessoal competente para cuidar de vidas em risco.

Recordando Chauvenet (1978), ele refere que, o que permite falar de industrialização da medicina hospitalar é a abordagem científica da doença: é a introdução da medida e, com ela da tecnologia, que "*dá definitivamente ao objecto médico (...) o estatuto científico*" que até então não tinha.

As organizações de saúde são complexas e específicas por razões internas e externas, como refere Costa (1994).

A nível interno existe:

- conflitualidade latente entre as finalidades dos proprietários, gestores e dos profissionais de saúde;
- acumulação de papeis de alguns profissionais de saúde que são, ao mesmo tempo, prestadores e consumidores;
- existência de duas linhas de autoridade (hierárquica e profissional);
- a garantia de qualidade dos cuidados não se baseia no produto mas nos recursos e no processo de produção.

A nível externo, a especificidade das organizações de saúde decorre das próprias características do mercado de saúde pela:

- existência de uma pluralidade de agentes;
- escassa relevância do factor preço como regulador da produção e do consumo (o produto é expresso em termos de valor de uso (satisfação) e não de troca (preço));
- procura derivada (procura-se saúde, oferecem-se cuidados de saúde);
- a procura é expressa não em termos de preferências, vontade ou desejo, mas de necessidades;
- escassa a soberania do consumidor.

Simultaneamente, o hospital torna-se um sistema consultivo em que contrariamente ao modelo burocrático webberiano, os centros de decisão são múltiplos e os níveis muito diferentes (Stuedler, 1974).

A par de tudo isto temos a ciência e a tecnologia que sofreram nas últimas décadas avanços que afectam todas as áreas do saber humano chegando mesmo a transformar utopias em realidade.

A ciência já não é o reino da certeza. Se por um lado, o conhecimento científico se constrói sobre múltiplas certezas, por outro deixou de ser o domínio da certeza absoluta, no plano teórico. A ideia central do pensamento complexo, proposto por Morin, é a procura de uma nova percepção do mundo a partir de uma nova óptica: a da complexidade. A complexidade no mundo em mudança é a nova perspectiva que deve enquadrar a procura do novo conhecimento, não esquecendo a área da saúde.

Na organização hospitalar, o papel dos gerentes de nível intermédio é relevante na criação e na gestão do conhecimento. A posição do enfermeiro e médico no exercício de gerência intermédia, situam-se na esfera central de processos de aprendizagem e de desenvolvimento do conhecimento necessário e fundamental para a aquisição de competências, tendo em vista a qualidade do cuidado ao doente/cliente. Esta situação do pessoal de saúde (médico e enfermeiro) confere uma actuação frente ao cruzamento de fluxos vertical e horizontal de informações no âmbito da unidade de intervenção. Eles tornam-se o elo de comunicação, conectando as expectativas da alta gerência com as dos restantes funcionários. Esta posição (gerentes de nível médio) em

muitas organizações contemporâneas visa a revitalização da *“função dos gerentes intermediários como orquestradores dos fluxos de reconhecimento”* (...) e o seu sucesso *“dependerá da habilidade de facilitar a comunicação através das estruturas tradicionais...de alavancar recursos, transferir melhores práticas, identificar sinergias e encorajar a reutilização do conhecimento”* (Burowitz, 2002).

Nos serviços de saúde como em todo o trabalho profissional, o conteúdo do conhecimento está aumentando. Com os avanços científicos e técnicos relacionados com a saúde, os profissionais de saúde, hoje, carregam mais conhecimento do que colegas seus de tempos atrás. Com mais conhecimento adquirido por estes profissionais, nomeadamente médicos e enfermeiros, a expectativa é de que realizem acções diferentes, mais qualificadas e pautadas pela competência, uma vez que os profissionais fundamentados no conhecimento modificam a índole do trabalho e são apreciados pelos resultados que obtém.

Mas este conhecimento precisa ser gerido, pelo que é importante que os profissionais de saúde compreendam que *“a capacidade de gerir o capital humano e de convertê-lo em produtos e serviços úteis – está a tornar-se a habilidade executiva crítica do momento”*. Os profissionais de saúde devem entender a organização como um stock de conhecimento que consiste basicamente em informação codificada e disponibilizada para aplicação. O sucesso da organização para o processo de transformação do conhecimento existente no plano das ideias para o conhecimento aplicado no plano das acções, poderão contribuir algumas actividades: a socialização dos novos profissionais (compartilhando o conhecimento tácito); a documentação (convertendo conhecimento tácito em explícito); sistema de melhoria continua (convertendo conhecimento tácito em explícito); treino formal (tornando o conhecimento explícito em tácito); grupos de solução de problemas (convertendo conhecimento tácito em explícito, utilizando métodos científicos para a resolução de problemas); desenvolver caminhos críticos (convertendo conhecimento explícito em explícito, que servem como guias para o tratamento de doentes, garantido que o cuidado seja individualizado).

O desempenho, dos profissionais de saúde, de qualidade, depende, entre outros factores, de uma cultura de partilha de aprendizagem e conhecimento com vista à obtenção de competências para o cuidado ao cliente. Assim sendo o profissional de saúde, em posição de liderança, atento aos aspectos tácitos e explícitos do conhecimento, passa a enfatizar o processo de integração e criação do conhecimento.

2.3.1 – A gestão do conhecimento como factor de melhoria na qualidade da prestação de cuidados de saúde nas UCI

A qualidade de cuidados de saúde é o tipo de cuidados que maximiza uma medida que inclui o bem-estar dos doentes, após se considerar o equilíbrio entre os ganhos e as perdas esperadas que acompanham o processo de cuidados em todas as suas componentes.

A promoção de uma melhoria qualitativa na prestação de cuidados de saúde, orienta-se no horizonte de mudança estrutural e organizacional das organizações de saúde, colocando uma condição sine qua non. Para a promoção de saúde e a presença de uma competição gerida entre a estratégia da organização e a administração/gestão de uma organização de saúde.

A saúde é perspectivada, neste século XXI numa lógica que se distancia da visão de um mero estado biológico de ausência de doença, sendo cada vez mais equacionada como um bem comum, isto é, como um pré requisito para todos alcançarem uma vida com qualidade.

O desenvolvimento científico-tecnológico é o paradigma e factor catalisador das mudanças, até no sector da saúde. O sistema de informação na saúde deverá fornecer dados que contribuem para a melhoria ou aumento do estado da população.

As possibilidades cada vez maiores de comunicação à distância e de transmissão de dados, informação e conhecimento, por parte dos técnicos de saúde e utentes induzem novos comportamentos e novas atitudes de ambos.

Qualquer organização, seja de saúde ou não, são constituídas por pessoas, pelo que se têm que valorizar, como sendo o seu mais precioso recurso. “ *É o homem que é capaz de transformar os dados em informação, a informação é conhecimento e, é ele que constitui o capital intelectual da organização. A gestão da informação dá lugar à gestão do conhecimento*”. (Serrano e Fialho. 2003).

Referenciando Kogut e Zander (1992), eles entendem que o conhecimento da organização é composto por duas partes: informação e Know-How. Por informação, os autores dão como o conhecimento que pode ser transmitido sem perda de integridade; para definir Know-How, citam Von Hippel (1988), é a capacidade acumulada que permite a alguém fazer algo de maneira fácil e eficiente, o que deve ser aprendido e adquirido.

Os sistemas de informação são instrumentos poderosos que podem e devem contribuir para a concretização de uma melhor política de saúde, a realização de uma melhor gestão das organizações do SNS. Uma maior acessibilidade, encaminhamento e gestão de clientes/doentes e, conseqüentemente, uma melhor prestação de cuidados de saúde.

A resolução do Conselho de Ministro nº 107/2003 diz “...a sociedade de informação é uma sociedade onde a componente da informação e do conhecimento desempenha um papel nuclear em todos os tipos de actividade humana em consequência do desenvolvimento da tecnologia digital, e da Internet em particular, induzindo novas formas de organização da economia e da sociedade,.... onde no seu 5º pilar – Saúde ao alcance de todos –, tem como objectivo fundamental ...colocar o cidadão no centro das atenções do sistema de saúde...”.

Como tal os hospitais são organizações extremamente complexas, de natureza tipicamente técnico-profissional, grande parte do esforço de gestão, para ser eficaz, deve localizar-se praticamente ao nível de cada prestador, com capacidade para determinar a qualidade e quantidade dos recursos a utilizar em cada situação individual.

Tendo presente que organizações complexas são um tipo de organização formal que, devido à sua grande dimensão ou à natureza complicada das operações (como os hospitais), tendem a possuir estrutura e processos com

alto grau de complexidade onde interagem muitos grupos sociais, cada qual com sua formação, especialização, comportamento e visão do mundo.

Nelas o conceito de complicado – as finanças, a gestão de recursos, as máquinas, etc. – mistura-se ao conceito de complexo – a motivação, a adesão, a qualidade, o interesse, o prazer do trabalho, a lealdade, a sinergia, a criatividade.

Zorinho (2003) afirma que as organizações são constituídas por grupos que evoluem dinamicamente em função de circunstâncias diversas como a missão integradora, os objectivos, os recursos e o ambiente, e também em função de normas, atitudes, valores e comportamentos, fortemente relacionados com a percepção colectiva e individual da realidade. Acrescenta que o futuro destas, depende da consciência e do conhecimento do real, resultante da percepção selectiva e da memorização dos factos e acontecimentos relevantes, e da sua formatação como indicadores de cenários de futuro, que estabelecem a gestão de base previsional.

É evidente que todos estes conceitos se enquadram nas organizações de saúde e nomeadamente nos hospitais.

Da informação macro-social (socio-demográfica e epidemiológica), passando pela informação clínica, administrativa e financeira, de suporte à actividade dos diferentes actores do sistema, até à informação dos resultados, incluindo dados de produção, ganhos em saúde, satisfação de clientes, etc., a variedade de fontes, de indicadores, de emissores e receptores, transforma o sector saúde, por ventura, no sector mais complexo e aliciante na perspectiva dos sistemas de informação e conhecimento.

De facto a vida individual e colectiva é, em todos os domínios, dominada pelo conhecimento, partilhado cada vez mais através de técnicas simples e extremamente poderosas, em que a fidedignidade e a rapidez são factores de sucesso, essenciais. Ultrapassaram-se as barreiras da distância, da linguagem e do tempo, e o conhecimento circula hoje em tempo real para qualquer ponto da chamada “*aldeia global*”.

Na saúde, a evolução do conhecimento científico e tecnológico, a especialização crescente e a eficácia dos modelos preventivos e terapêuticos, estão ancorados na noção de sistema de saúde.

Tudo isto pressupõe que a relação técnico de saúde/utente – apesar de central – é apenas um momento ou uma circunstância de um processo muito mais vasto de relações e de áreas de intervenção e de conhecimento.

Podemos ainda reflectir sobre o termo qualidade, tradicionalmente como uma característica inerente, é actualmente cada vez mais aplicado para caracterizar serviços. Várias definições têm sido utilizadas para definir qualidade. As mais frequentemente utilizadas são:

- Cuidados de alta qualidade são aqueles que *"de modo consistente contribuem para a manutenção ou melhoria de qualidade e/ou duração da vida"* (American Medical Association, 1984);

- Qualidade dos cuidados de saúde é *"o grau em que os serviços de saúde para populações ou para doentes individuais aumentam a probabilidade dos resultados desejados e são consistentes com os conhecimentos profissionais existentes"* (Instituto de Medicina dos Estados Unidos da América, 1990);

- Garantia da qualidade é *"a medição das actividades dos cuidados de saúde no sentido de identificar se os objectivos esperados estão a ser atingidos e, caso não seja esse o caso; responder eficazmente no sentido de reduzir os desvios dos objectivos"* (Jonathan Lomas, 1990);

- *"conjunto de características de um entidade que lhe confere aptidão para satisfazer necessidades explícitas ou implícitas"* (ISO 8402, 1997).

É hoje consensual que todos os métodos de avaliação da qualidade e de melhoria da qualidade nas organizações de saúde, devem focar, tal como em qualquer empresa, três alvos: as estruturas, os processos e os resultados.

As estruturas são as características das unidades e dos profissionais que nelas trabalham; processos são um conjunto de operações executadas e articuladas entre si, utilizando um determinado conjunto de procedimentos que cria valor acrescentado e como resultados, o estado de saúde subsequente à prestação dos cuidados de saúde.

Do ponto de vista das estruturas, as unidades prestadoras de cuidados de saúde são extremamente heterogéneas. Nas Unidades de Cuidados Intensivos temos as diferenças nas características dos doentes admitidos em termos de gravidade, diagnósticos e patologia coexistente levam à ocorrência natural de algumas destas diferenças. Diferenças nas construções das UCIs, no seu

posicionamento no organograma funcional do hospital, no modo como são dirigidas e no número e formação dos profissionais que nelas trabalham, todos contribuem para a existência desta heterogeneidade.

Os processos representam a segunda vertente desta problemática. O tratamento de um doente só é possível pela conjugação de grande número de processos clínicos e não clínicos. Tradicionalmente, os profissionais de saúde sempre se preocuparam mais com a vertente clínica. Hoje esta perspectiva está a mudar e há um interesse crescente como os factores não clínicos, como a cultura ou as características da sua organização contribuem de forma muito significativa para a performance das Unidades de Cuidados intensivos.

A avaliação dos processos envolvidos no tratamento dos doentes é agravada pela natureza tridimensional da maioria das unidades de saúde. Elas apresentam, por um lado, processos e actividades próprias, dependentes maioritariamente das suas características; por outro lado, estão integradas (formal ou informalmente) num departamento, com o qual se relacionam; por fim, a sua actividade tem uma natureza transdepartamental, com doentes a serem transferidos de/e para vários locais e com necessidade frequente de deslocações para procedimentos diagnósticos ou terapêuticos.

Cria-se assim uma inter-relação complexa entre as várias unidades de saúde, em que todas são simultaneamente fornecedoras e clientes umas das outras.

Os resultados são o último critério de avaliação dos dois primeiros componentes. Todavia só devem ser usados se for possível a demonstração de que alterações nas estruturas ou nos processos levam a modificação nos resultados, sendo geralmente menos sensíveis, dado que um mau resultado não ocorre sempre que existe um erro nos processos.

Independentemente do alvo ser a estrutura, o processo ou o resultado, existem atributos comuns à avaliação da qualidade do sistema.

Quando se fala em qualidade é preciso ter presente, pelo menos, três conceitos: missão, serviços e satisfação do cliente, ou seja a adequação dos serviços (produtos) à missão da organização comprometida com pleno atendimento das necessidades de seus clientes.

Avedis Donabedian (1990), propôs sete atributos para um sistema de saúde que definem a sua qualidade: eficácia, efectividade, eficiência, optimalidade, aceitabilidade, legitimidade e equidade.

A qualidade deixou de ser uma opção e passou a ser uma obrigação e uma necessidade para todas as organizações por que o mercado está cada vez mais competitivo. A melhoria da qualidade dos serviços de saúde está sendo pressionada por forças internas e externas. Externamente temos o governo, a concorrência, os utilizadores que querem qualidade de cuidados e a necessidade da redução dos custos. Internamente os profissionais e os gestores querem que a qualidade seja uma iniciativa deles e não apenas um resultado de pressões externas. Além disso, há necessidade de competir e de ampliar o mercado e de mostrar responsabilidade profissional. Para além disso está o próprio aprofundamento no conhecimento das teorias e técnicas da melhoria da qualidade.

Para Mezono (2001) nos serviços de saúde, *“a competência e a performance individuais continuam importantes, os bons cuidados ao doente e os melhores resultados são vistos mais como produto das acções e interacções de todas as pessoas envolvidas nos mesmos. A performance é assim o reflexo de uma grande variedade de sistemas e subsistemas que congregam as funções essenciais do dia - a - dia.”*

A verdadeira chave do sucesso é a da fidelidade à própria missão. E a missão do hospital não pode ser outra senão a de atender de forma efectiva e eficiente, às necessidades do paciente que é a verdadeira razão e o objectivo final de toda a estrutura e de todos os processos hospitalares. *“Acabou o tempo de ver em cada pessoa um cliente; chegou a hora de ver em cada cliente uma pessoa”* (Jan Carlson).

Assistimos a grandes mudanças na avaliação da qualidade dos cuidados de saúde. No passado, os esforços da avaliação da qualidade eram dirigidos à identificação de desvios da norma, fosse pela positiva ou pela negativa. Procura-se assim reduzir a variação correndo o risco de desencorajar a prestação de cuidados de nível acima da média. Hoje a ênfase é colocada na redução da variação mas em conjunto com a melhoria progressiva dos cuidados.

É necessário que os hospitais entreguem aquilo que oferecem: saúde com a qualidade. Qualidade que hoje utiliza vários instrumentos para a sua melhoria em saúde: normas (no planeamento e validação); protocolos e indicadores (medidas quantitativas que permitam analisar, monitorizar e melhorar a qualidade dos processos que afectam de modo significativo os resultados dos doentes).

As UCI, embora representem uma pequena percentagem do número de camas de um hospital, elas são responsáveis por cerca de 20% dos custos. Tal facto tem levado a uma crescente pressão no sentido de avaliar as suas práticas. As unidades são extremamente heterogéneas, existindo enormes variações entre elas, quer dentro do mesmo país quer entre diferentes países. Diferenças nas características dos doentes admitidos em termos de gravidade, diagnóstico e patologia, diferenças de construção, no posicionamento do organograma funcional do hospital, no modo como são dirigidas e no número e formação dos profissionais que nelas trabalham, todas contribuem para a existência desta heterogeneidade.

Estão hoje estabelecidas normas e recomendações ao nível da Europa quer para a construção e funcionamento das UCIs, quer para formação e treino dos profissionais que nelas trabalham.

Tal como refere Nóbrega (1999) *“(...) à medida que se avança, temos de ir aprendendo a mudar a visão do mundo e da organização, como se houvesse uma verdade para cada fase e para cada escala de complexidade. O princípio básico na procura da visão holística é o de maximizar a participação, a interacção, a troca, o livre fluir dos sinais e mensagens de todas as formas possíveis”*.

Para que seja conseguido um programa de melhoria de qualidade numa organização complexa como uma UCI é necessário a colaboração de todos os profissionais envolvidos, que só pode ser pela motivação e pelo conhecimento de todos.

(...) “ a formação profissional somente gera competências inovadoras quando alicerçada em questionar e reconstruir, o que supõe a transmissão de conhecimento, que se fundamenta na capacidade de saber fazer e de sempre

refazer a competência, preparando para a vida, para novos desafios, para a inovação constante, para aprender a aprender”(Demo, 2002).

A profissionalização, segundo Demo (2002) *“não se faz pela acumulação consolidada, perspectiva de um stock sempre maior de conhecimento, mas pela sua renovação constante, diante de um mundo que entrou num ritmo avassalador de mutação (...) o profissional, portanto, não é aquele que apenas executa a sua profissão, mas sobretudo que sabe pensar e refazer a sua profissão”.*

O processo de cuidados é um processo de interacção, onde o centro de interesse é a pessoa e onde o profissional possui conhecimentos específicos que lhe permitem fazer o diagnóstico e o planeamento dos cuidados que ele próprio executa e controla.

Este processo pode-se aproximar do sistema de acção concreta, proposto por Crozier e Fiedberg (1977), enquanto sistema de acção onde se relacionam as perspectivas sistémica e estratégica no estudo e compreensão da organização enquanto problema, e onde a cooperação, o poder, a incerteza e o conhecimento são dimensões importantes.

Esta troca baseia-se essencialmente nas zonas de incerteza que advém:

- de competências particulares e de especialização funcional;
- da relação da organização com o seu contexto;
- do domínio da comunicação e da informação;
- da existência de regras organizacionais gerais.

É neste sentido que a imprevisibilidade pode ser mobilizada como fonte de poder, se associada à decisão clara do cuidado de saúde, assumida por cada profissional de saúde, numa perspectiva de mobilização do conhecimento com responsabilidade, como garantia da autonomia.

O recurso do poder é uma margem da liberdade dos indivíduos ou dos grupos, uns face aos outros.

A diminuição da incerteza imposta por normas e regras da organização aos seus actores, reintroduz um mínimo de previsibilidade no comportamento de cada um, o que limita a capacidade de jogar com as incertezas, numa perspectiva da mobilização das qualificações e competências profissionais, para a tomada de decisão autónoma e responsável.

O processo de cuidados é impossível existir sem a comunicação com outro processo, em que um dos aspectos que se torna essencial dentro da equipa será a capacidade de transmitir por escrito ou oralmente as informações significativas acerca do doente.

Os membros das organizações, na prossecução de tarefas operacionais, raramente seguem as redes de autoridade formal, mas procuram antes os canais informais, centrados em torno das actividades concretas. A realização prática das tarefas determina o aparecimento de redes de comunicação não coincidentes com a estrutura formal da organização.

Através das redes de comunicação, podemos identificar determinados perfis comunicacionais ao nível comportamental-individual (quem comunica com quem, sobre que assuntos, etc.), que de uma forma mais ou menos implícita, são desempenhadas por determinados membros dos grupos ou da organização: Papel de Gatekeeper, desempenhado pelos indivíduos que controlam os fluxos de informação na organização e que por vezes não estão em lugares de destaque na hierarquia formal (secretárias, assistente de administração, etc.); papel de ligação e líder de opinião.

Também a utilização dos registos contribui para o planeamento, execução e avaliação dos cuidados prestados, tornando-os individualizados, contínuos e progressivos.

Por outro lado, reforça a autonomia e a responsabilidade dos profissionais de saúde, contribuindo para a segurança, qualidade e satisfação de quem cuida e de quem é cuidado.

O conhecimento nas organizações é contextual (Mintzberg, 1996), daí a importância de conhecermos os elementos estruturais e as formas de articulação entre elas, pois o facto de as organizações desenvolverem actividades de carácter complexo, leva à necessidade de coordenação do trabalho, conseguida através de standardização das qualificações profissionais como elemento central do funcionamento organizacional. Estas "(...) organizações apoiam-se muitas vezes nos conhecimentos dos seus operacionais, que são os profissionais...."

Os cuidados de saúde nas UCI actuam no princípio da complementaridade, designadamente através de um modelo de equipas, estruturadas por um core team, interdisciplinar, multidisciplinar e transdisciplinar.

Citando a tese de Ilona Kovács (1992) sobre a filosofia do trabalho em equipa no mundo empresarial e industrial, a lógica do trabalho em equipa na saúde insere-se numa perspectiva organizacional orgânico-flexível e que pressupõe a adopção de um sentido antropocêntrico (Kovács, 1994) na gestão dos recursos humanos, na medida em que tal forma de organização do trabalho baseia-se na estruturação de uma lógica de descentralização na organização, enquanto vector facilitador e de convergência de interesses e estratégias entre todos os protagonistas.

Assim um dos aspectos que se torna essencial dentro duma equipa de saúde de uma unidade de cuidados intensivos será a capacidade de transmitir por escrito, oralmente e tecnologicamente as informações significativas acerca do doente. As vantagens daqui resultantes são óbvias, pois ficam mais facilitados os cuidados a serem prestados, uma vez que o conhecimento de todos os elementos da equipa proporciona uma base sólida para tais cuidados. Os cuidados são coordenados e partilhados com os mesmos objectivos.

As redes de comunicação são um dos aspectos de um grupo ou de uma organização, e configuram os padrões de transmissão de mensagens que se estabelecerem entre os membros do grupo, da organização ou entre organizações (DRH, 2000).

Pelo seu “*centro de interesse*” e pelos conhecimentos específicos inerentes aos profissionais de saúde - médicos e enfermeiros – de uma UCI eles tomam-se responsáveis pelo processo de cuidados da colheita de dados à avaliação dos mesmos, vendo o doente como um todo e como pessoa que é.

Crozier e Fidberg, propõem o estudo da organização como fenómeno autónomo, obedecendo às suas próprias regras de funcionamento e não determinado por constrangimentos externos. Eles propõem quatro dimensões: divisão de tarefas, distribuição de papéis, sistema de autoridade e sistema de comunicação.

É neste contexto que uma UCI como organização complexa, apoia-se nas competências e nos conhecimentos dos seus “*actores*” operacionais, que são

profissionais, tem vindo a evoluir ao longo dos tempos para a adopção de uma lógica científica no trabalho e na lógica da evolução do modelo de formação.

Um processo de cuidados é um processo de interacção, onde o centro de interesse é a pessoa e onde o profissional possui conhecimentos específicos que lhe permitem fazer o diagnóstico e o planeamento do trabalho, que ele próprio executa e controla (Amendoeira, 1999), lembrando (...) que *“qualidade nunca é um acidente. Ela resulta sempre de um esforço inteligente.”* (John RusKin)

As perspectivas sistémicas e estratégicas relacionam-se e a compreensão da organização onde a cooperação, o poder, a incerteza e o conhecimento são dimensões importantes. É nas zonas de incerteza que advém de: competências particulares e de especialização funcional; da relação da organização com o seu contexto; do domínio da comunicação e da informação e da existência de regras organizacionais.

As informações não entram no início da actividade e nem saem no final da actividade, existe um fluxo de informações que ocorre a todo momento.

O conhecimento é criado através da interacção e da partilha que ocorre entre as pessoas na execução dessas actividades, e o fluxo de informações ocorre de forma caótica durante esse processo. O conhecimento tácito que emerge desse processo interactivo é a base do processo de criação do conhecimento organizacional.

São as decisões tomadas com base nas informações e nos conhecimentos criados e disponibilizados no processo que determinam, por exemplo, o conceito do cuidado de saúde que será desenvolvido e o nível de qualidade correspondente. Sob o ponto de vista da qualidade, as fases iniciais são decisivas porque definem as informações que serão levadas adiante.

As acções em saúde têm a ver com a terapia baseada no DNA, na biotecnologia, no diagnóstico de doenças, nas novas tecnologias e no uso da informação e do conhecimento. Assim o papel do profissional de saúde deixou de ser orientado exclusivamente para a atenção e o cuidado ao doente. Para além desse papel deve ter em conta a comunicação, informação, o controle de qualidade, a contabilidade e a documentação são factores que interferem diariamente na sua vida profissional.

A informação em saúde é inerentemente distribuída, heterogénea, complexa e pouco estruturada. As informações são centrais no processo de cuidados e, como a saúde e o processo de decisão, também envolvem a colheita, a análise e o uso de dados.

Os dados em saúde surgem através de: narrativas (história clínica), texto (abreviaturas e frases telegráficas – TA, PCO₂, Peep, etc.), medidas (sinais vitais – temperatura, pulso, respiração, frequência cardíaca; exame físico e exames laboratoriais), sinais visíveis através da tecnologia (ECG, EEG), Imagens traduzidas por tecnologia de diagnóstico (rx, TAC), outros (desenhos, vocabulários, locais, etc.).

A estrutura da informação em saúde é feita através de: símbolos (peso, etc), dados (observações registadas – nome do doente, TA 180/120, creatinina, etc), Informação (dados organizados e analisados – hipertensão arterial, insuficiência renal, enfarte do miocárdio), conhecimento (interpretação da informação (bradicardia pode levar a paragem cardíaca), sabedoria (integrar o conhecimento numa visão funcional do mundo – improvável que somente a bradicardia leva a paragem cardíaca).

A abordagem e decisão por parte do profissional de saúde, relativamente ao doente são efectuadas através de perguntas ou questões, que após análise e interpretação gera hipóteses de diagnóstico; do exame físico definindo hipóteses; exames laboratoriais e imagiologia a partir dos quais escolhe uma hipótese e do tratamento que confirma as suas hipóteses ou sai em busca de outras. É esta abordagem hipotético-dedutiva: questão – resposta – validação – decisão que é feita por o profissional de saúde a todos os doentes. Toda esta informação na grande maioria dos casos existe em suporte papel, para além da electrónica que é dada pelos equipamentos tecnológicos quando ligados ao doente. A existência de um processo electrónico é um conjunto de dados de saúde, armazenados em computador, agregados pelo identificador único do individuo que deveria representar o registo dos eventos com a saúde do individuo do nascimento até à morte.

Passando pelo mundo “pré – histórico” da informação em saúde (1960-1974) em que não se sentia necessidade de comunicação com outros, surgem as demandas externas, por exemplo o facturamento (1974-1982), posteriormente

surgem as micros e as redes locais (1982-1995). A partir daqui começou a viver-se o caos organizado, apesar da evolução acentuada no mundo da informação em saúde, pela partilha, colaboração, acesso e segurança que foi surgindo. São padrões para a informação em saúde a aquisição de informações (texto, sinais, imagens, sons), comunicação de informações (mensagens), representação de informação (terminologias, conhecimento), middleware e qualidade (segurança, serviços).

Há que gerir recursos em saúde: dados – what; funções – how; distribuição (where); organização (who); tempo (when); estratégia (why).

Como é possível gerir todos estes recursos baseados no conhecimento num ambiente de complexidade onde o contexto de decisão está sempre presente no limiar entre a vida e a morte – UCI.

Uma UCI é um stock de conhecimento imprescindível para o atendimento do doente em estado crítico. A gestão desse conhecimento deve estar ao alcance de todos os elementos da equipa, devidamente organizada e decodificada, onde a partilha e o know-how inerente de cada um é factor preponderante no sucesso da “*mini organização complexa*” e conseguir que a vida vença a morte.

3 – FUNDAMENTAÇÃO METODOLÓGICA

“I don,t think we´ve made of progress regarding motivating and incentiving people to participate in sharing knowledge across organizations.”

Knowledge Management – Reap What You Know – CIO Magazine May 1 1997

Ao longo de qualquer processo de investigação é necessária a existência de procedimentos empíricos controlados, uma vez que as opções metodológicas exigem uma reflexão para que as decisões tomadas sejam correctas ao estudo em questão. Neste sentido, segundo Almeida e Pinto (1995) a metodologia será assim *“a organização critica das práticas de investigação”*.

Este capítulo procurará descrever o percurso seguido no decorrer deste processo, na tentativa de dar a conhecer ao leitor todos os passos, desde a concepção do tipo de estudo, até à forma como os dados recolhidos foram analisados e interpretados, assim como uma breve apresentação das limitações do estudo quer de ordem pessoal quer metodológica.

O conhecimento através do estudo mostra que a prática, como o diagnóstico da experiência pessoal, na tentativa de capturar dados qualitativos e quantitativos que permitam a análise das actividades questionadas.

O estudo das organizações e das pessoas com elas envolvidas toma-se um processo interactivo, amplo e compreende a parte activa que influencia directamente nos seus resultados.

3.1 - PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A abordagem, escolha da linha de pesquisa, método utilizado, descrição da etapa prática, tratamento de dados e comentários sobre as vantagens e desvantagens tanto da escolha quando dos resultados serão também apresentados, tendo por base a fundamentação do estudo, *“que segue um raciocínio indutivo, considerando que se chega à construção teórica pela clarificação do sentido, limitações e pressupostos ocultos”* (Basto, 1998)

Trata-se assim de uma pesquisa descritiva pois procura "...conhecer e interpretar a realidade sem nela interferir para modificá-la." (Rudio, 1986)

A pesquisa descritiva interessa-se em descobrir e observar acontecimentos e descrevê-los, classificá-los e interpretá-los porque objectiva conhecer a natureza, a composição e processos que o constituem ou nele se realizam. São procuradas as relações entre os conceitos a fim de obter um perfil geral.

Neste trabalho optou-se pela pesquisa descritiva, na forma de estudo exploratório, tendo em vista ser a modalidade de pesquisa que melhor permite compreender o comportamento organizacional, no qual se pretende compreender e demonstrar a relação que existe entre conceitos, descrições, explicações e os significados dados pelos participantes e autora.

3.1.1- População alvo

O meio do estudo é uma estrutura organizacional na área da saúde em meio hospitalar português – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente. Foram escolhidas três estruturas de três zonas do país: zona litoral sul; zonal litoral centro e zona interior centro, por serem semelhantes quer no âmbito de actuação (polivalente), quer em estrutura física (unidades abertas), quer em estrutura funcional de recursos humanos de equipa (médicos e enfermeiros).

Tendo presente que, um dos objectivos, é analisar na área de informação/conhecimento das suas equipas, a sua utilização e partilha em contexto de decisão na prestação de cuidados de saúde ao doente em estado crítico, a população alvo a estudar são as equipas (médicos e enfermeiros) das três unidades hospitalares que fazem parte do staff fixo de cada uma. Para Fortin (1999) *"a população é uma colecção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios"*.

Assim o universo total é de oitenta indivíduos do sexo masculino e feminino, cuja actividade profissional é enfermagem e medicina, exercida nas Unidades de Cuidados Intensivos seleccionadas, sendo o número de enfermeiros superior ao dos médicos dado que o horário praticado por uns e por outros é

diferente, bem como as características próprias dos dois desempenhos profissionais.

A importância da população em estudo centra-se, fundamentalmente, na riqueza dos dados que revelam, as experiências individuais ou específicas de cada sujeito, pois os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana tal como é vivida e tal como é definida pelos seus próprios actores *“e/ou a inter-relação entre o sujeito e o objecto e a reflexão da experiência do fenómeno a partir da perspectiva deste tal como é experienciado por cada pessoa”* (Gerber e tal, 1999)

Após a definição da população, respeitou-se os aspectos éticos que devem estar subjacentes a qualquer tipo de pesquisa:

- Autorização para realização do estudo nas três unidades de cuidados intensivos polivalentes escolhidas;
- Expostos e clarificados os objectivos de estudo;
- Garantida a confidencialidade da identidade e anonimato e assegurada que a utilização dos dados se destinaria para o presente estudo e não para outros fins;
- A possibilidade de ceder os resultados às respectivas organizações de saúde caso fosse do seu interesse.

Foi por isso enviado carta aos respectivos conselhos de administração das três organizações hospitalares em que as Unidades de Cuidados Intensivos estavam inseridas, com os objectivos do estudo, serviço e população que se pretendia estudar e respectivo instrumento de colheita de dados.

3.1.2 - Instrumento de colheita de dados

Para Fortin (1999) *“questionário é um método de colheita dos dados que necessitam das respostas escritas a um conjunto de questões por parte dos sujeitos...é um instrumento de medida que traduz os objectivos de um estudo com variáveis mensuráveis...ajuda a organizar, normalizar e a controlar os dados, de tal forma que as informações possam ser colhidas de uma maneira rigorosa”*.

“As questões de um questionário são concebidas com o objectivo de colher informação factual sobre indivíduos, os acontecimentos ou as situações conhecidas dos indivíduos ou ainda sobre as atitudes, as crenças e as intenções dos participantes. Os questionários podem comportar diversos níveis de estruturação: questões fechadas, em que o sujeito é submetido, a escolhas de respostas possíveis; questões abertas que pedem respostas escritas por parte dos sujeitos” (Fortin, Grenier e Nadeau, 1999).

Assim o questionário foi o instrumento de colheita de dados escolhido para o presente estudo devido a algumas das particularidades das suas vantagens tais como: a sua utilização em simultâneo junto de um grande número de sujeitos repartidos pelas três unidades de cuidados intensivos em regiões diferentes e distantes; a sua natureza impessoal, a sua apresentação uniformizada, a ordem idêntica das questões para todos os sujeitos, as mesmas directrizes para todos, podendo assegurar, até um certo ponto a fidelidade e facilitar as comparações. Além disso as pessoas podem sentir-se mais seguras relativamente ao anonimato das respostas e exprimir mais livremente as suas opiniões. Arriscou-se este método apesar do mesmo ter como principal desvantagem as fracas taxas de resposta e a taxa elevada de dados em falta.

Optou-se pelas questões fechadas ou de escolha fixa com questões dicotómicas, de escolha múltipla e de gradação ou em contínuo.

Nas questões de gradação foram utilizadas a escala de medida de enumeração gráfica e de Likert.

Os questionários foram entregues pessoalmente, aos responsáveis das respectivas unidades e, explicados alguns pormenores de preenchimento, sendo fornecido contacto pessoal para qualquer dúvida.

Foram distribuídos oitenta questionários que era a população alvo das três unidades em estudo. Foram devolvidos setenta e dois questionários preenchidos. Após análise destes foram anulados sete pelo número elevado de dados por preencher. Tudo isto vem de encontro ao que dizem os estudiosos do assunto tais como Converse e Presser, Waltz e Lenz, entre outros.

3.1.3 - Limitações do estudo

Logo à partida tinha-se a noção de que poderiam surgir algumas limitações e que outras surgiriam ao longo da pesquisa.

Um estudo sobre as experiências de vida dos outros é também uma reflexão da própria vida de quem pesquisa, um estado descrito por Morris (1995) como de *“personal transition”*. As grandes limitações para um estudo decorrem assim da capacidade e personalidade do investigador, da competência científica e da empatia que se estabelece.

Outras limitações previsíveis prendem-se com as limitações de tempo pessoal e profissional o que implicou uma apertada gestão do tempo e das oportunidades.

A interacção com as instituições e com as entidades gestoras constituem dimensões importantes para a realização do estudo, assim como os constrangimentos de horário, as deslocações que implicaram esperas e demoras em parte previstas.

A dificuldade que, por vezes se sentiu em criar um distanciamento com as situações e com os sujeitos, dada a área profissional com eles colidir, com o fim de controlar a nossa opinião e emoções, para que não se prejudicasse o desenrolar do estudo.

3.2 – ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste sub capítulo, far-se-á a apresentação e análise dos resultados obtidos através dos dados dos questionários efectuados.

É uma abordagem quantitativa e qualitativa recorrendo-se à compreensão, ilustração por gráficos ou tabelas, utilizando-se medidas de dispersão como média, desvio padrão e percentagens, baseada na fundamentação teórica apresentada e experiência pessoal.

Os resultados do estudo obtidos nas três unidades são tratados em conjunto uma vez que se pretende traçar o “perfil” de comportamento e conhecimento organizacional dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) deste tipo e unidades (polivalentes) e, não as diferenças, que são pouco significativas, dadas a semelhança entre elas.

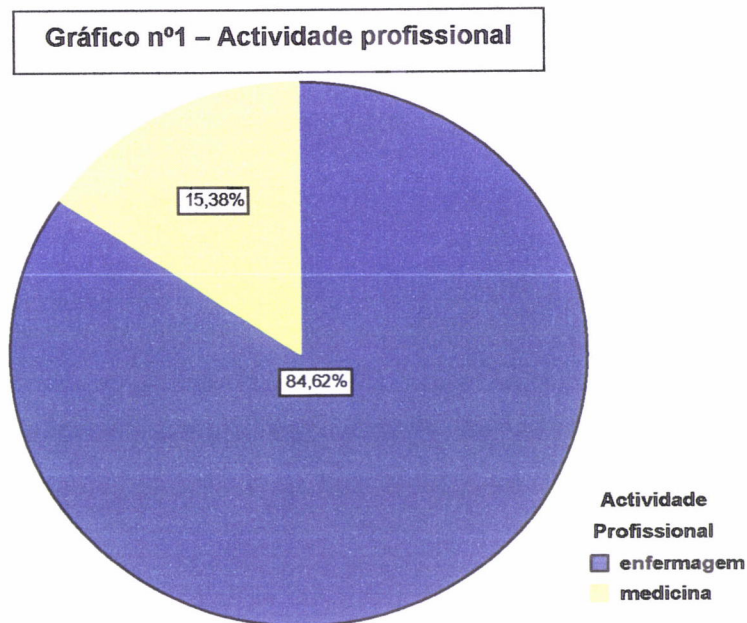
3.2.1 - Caracterização da população do estudo

A população em estudo é constituída por 65 profissionais de saúde de enfermagem e de medicina de três Unidades de Cuidados Intensivos polivalentes, 64,62 % são do sexo feminino e 35,38% do sexo masculino.

As idades são compreendidas entre 25 anos e os 50 anos. A faixa etária predominante, dos profissionais de saúde em exercício nas três unidades, é entre os 30 e os 35 anos com 35,38%, logo seguida pela de 35-40 anos com 21,54% e a 25-30 anos com 18,46%. De salientar que apenas um profissional tem mais de 50 anos.

Quanto às habilitações académicas a maioria (53,85%) são licenciados e, com o título académico de bacharel estão 46,15%. Houve 4,61% de profissionais que possuem uma pós graduação.

Quanto à actividade profissional que exercem na UCI, 84,62 % são enfermeiros e 15,38 % são médicos, que prestam cuidados de saúde nas UCI, actuando pelo princípio da complementaridade, designadamente através de um modelo de equipas, estruturadas por um conjunto, interdisciplinar, multidisciplinar.

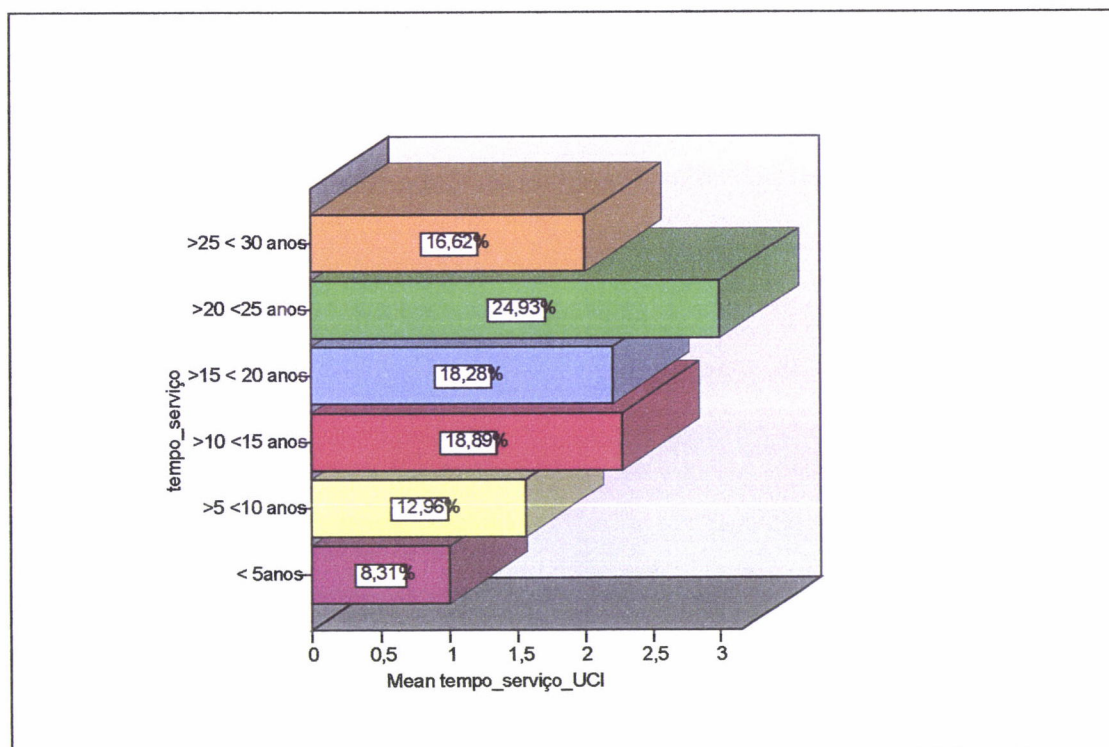


Estes resultados estão de acordo com as directrizes da Direcção Geral de Saúde segundo a qual, os requisitos mínimos de recursos humanos nas UCI

devem ser de 1 enfermeiro para cada 2 camas, nas 24 horas e de 4 médicos para 6 camas, com presença física de 24 horas.

Tendo presente que as Unidades de Cuidados Intensivos são, como atrás se referiu, organizações complexas, elas apoiam-se nas competências e conhecimentos dos seus profissionais onde a experiência e a aprendizagem organizacional tem um papel preponderante nestes locais. Daí que a formação e a experiência profissional sejam os pilares para a prestação de cuidados de qualidade que se pretendem. Pelo que o tempo de serviço da maioria da população em estudo nestas unidades de saúde, esteja na faixa dos 20-25 anos de serviço – 24,93%, que já possui certa maturidade e experiência profissional, como se pode ver no gráfico que se segue.

Gráfico nº 2 – Tempo de actividade profissional/ tempo de actividade



A área de actividade da grande maioria dos profissionais deste estudo é na prestação de cuidados de saúde de medicina e de enfermagem com 95,38 %. Na área de gestão temos apenas 4,62 %. Estes dados estão de acordo com as recomendações da DGS onde existe por unidade, um enfermeiro/a chefe e um director de serviço (médico). Apesar disso na equipa de enfermagem por

ser numerosa existem vários chefes que orientam e coordenam “mini-equipas” que prestam cuidados nos diversos turnos de trabalho em cada 24 horas.

3.2.2 - Gestão do conhecimento na UCI

“informação não é poder. O verdadeiro poder reside na habilidade de colher, processar e dispor a informação de tal modo a transformá-la em conhecimento que pode ser utilizado para atingir metas “

Campos

A gestão do conhecimento é o conjunto de processos e meios para se utilizar e disseminar conhecimento dentro de uma organização. Ela permite a criação, a comunicação e aplicação do conhecimento de todos os tipos com a finalidade de se atingir metas e objectivos traçados para a organização.

O conhecimento é, de acordo com Twiana (2000) informação para a acção, informação relevante disponível no lugar certo, no momento certo, no contexto correcto e de forma correcta em que qualquer um o pode usar nas suas decisões. A informação é mensagem e a sua transferência pode seguir canais formais de redes físicas, como as telecomunicações, correio electrónico ou correio convencional, redes informais circunstanciais, pequenas notas escritas ou até conversas de café. Os avanços da tecnologia da informação têm contribuído para projectar a civilização em direcção a uma sociedade do conhecimento. Elas são ferramentas da gestão do conhecimento e pretendem a sua captura e estruturação e sua disponibilização num suporte acessível por toda a organização.

Apesar disso, estamos conscientes que a tecnologia não é conhecimento, mas é essencial como facilitadora no acesso à informação, na transferência e disseminação de conhecimento por toda a organização.

O papel a ser desempenhado pela tecnologia é estratégico: ajudar o desenvolvimento do conhecimento colectivo e da aprendizagem continua.

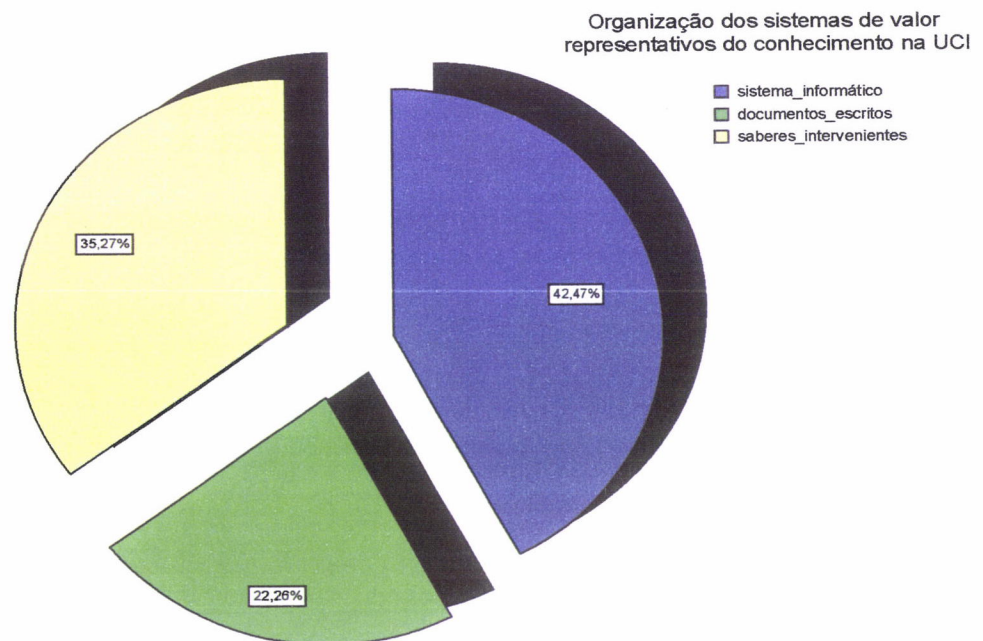
No estudo procurou-se saber que tipos de tecnologias do conhecimento da área da saúde, como intranet, Internet, entre outros se usam na UCI, um vez que elas ajudam a prevenir a fragmentação das informações, permitem a partilha do conhecimento, facilitam as actividades da organização e na solução

de problemas e a inovação se, se considerar a tecnologia, como “a ciência e a arte de fazer coisas utilizando as capacidades e o conhecimento” (Smilie, 1991). Os resultados obtidos mostram que os inquiridos utilizam todas as estratégias de desenvolvimento do conhecimento existentes as unidades, embora as mais utilizadas sejam a gestão electrónica do doente (13,47%) intranet (12,45%) e a Internet (10,29%).

Procurou-se também saber se existiam e como estavam organizados, os sistemas de valor na representação do conhecimento na UCI. As respostas indicam, que os sistemas de valor que existem para a actuação do pessoal médico e de enfermagem, estão sob a forma de protocolos (53,95%) e de normas/ procedimentos (46,05%) de actuação de acordo com as situações possíveis de ocorrer, conforme se lê do gráfico abaixo.

Depreendeu-se também que os inquiridos consideram que os mesmos estão organizados nos saberes dos intervenientes (35,27%), em sistema informático (42,47 %) e em documentos escritos (22,28%).

Gráfico nº 3 – Sistemas de valor representativos do conhecimento



Pode-se afirmar que o conhecimento organizacional destas unidades se encontra explícito, ou seja codificado em documentos escritos e em sistema informático.

Mas o conhecimento tácito – saberes dos intervenientes – é extremamente importante de acordo com os resultados do estudo pois “*é um ‘saber incarnado’, no sentido em que não é dissociável do sujeito que o detém, dificilmente mensurável devido ao seu carácter pessoal e subjectivo*” (Neves e Magalhães, 2002). Também Kogut e Zander entendem que o conhecimento de uma organização é composto por informação e know-how. Informação baseada em regras que é codificada, explícita e acessível a todos, e o know-how é a capacidade acumulada que permite aos profissionais que tem de saber “como fazer” de maneira fácil e eficiente.

Pode-se deduzir que estas unidades exigem dos seus profissionais o domínio dos conteúdos do seu trabalho e a capacidade de compreender não só os níveis e a natureza do conhecimento individual e organizacional (conhecimento explícito e tácito), mas também a existência de uma certa hierarquia de importância de cada um dos níveis e tipos de conhecimento: conhecimento codificado (saber o quê) donde resultam políticas escritas e procedimentos; conhecimento habitual (saber como), transformado em rotinas e protocolos das actividades diárias na UCI; conhecimento científico (saber porquê) através do conhecimento técnico-científico inerente à prestação de cuidados; conhecimento interacção (saber com quem) para a colaboração na solução de problemas com os outros profissionais da equipa; conhecimento processual (saber quando e onde) da organização do trabalho do serviço e dentro da equipa; conhecimento social (razões de envolvimento) através da cultura organizacional própria da sua actuação num ambiente de complexidade como a UCI:

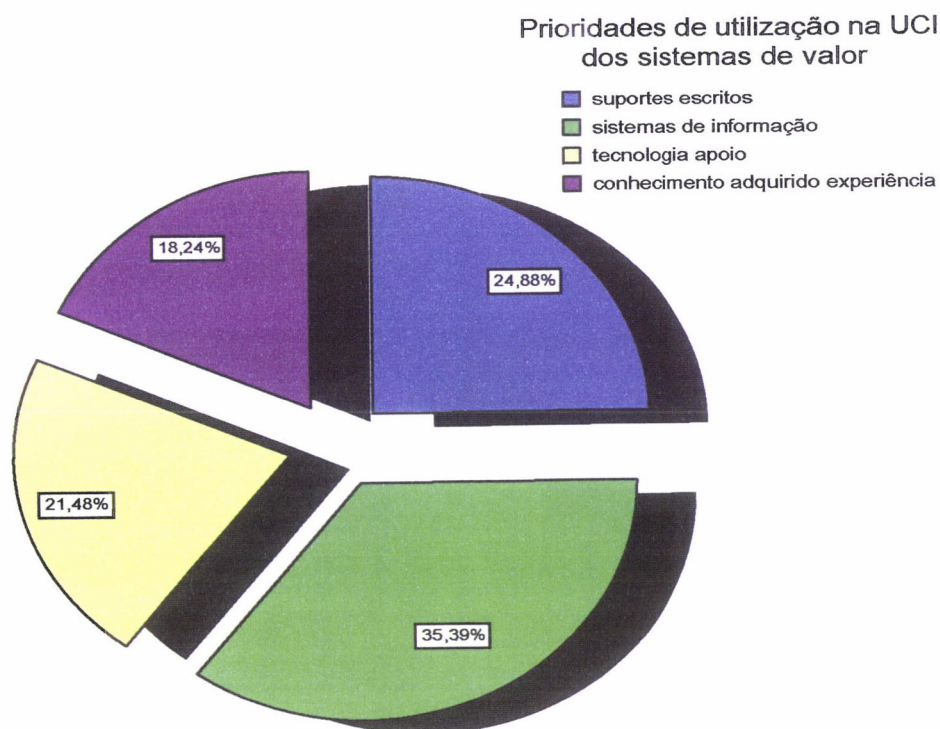
Segundo Neves (2001), a cultura organizacional procura mecanismos integradores que racionalizem e tornem minimamente previsíveis os comportamentos dos indivíduos e grupos em contexto organizacional, e ainda segundo este e outros autores (Neves e Jesuino, 1994) sugerem-nos dois paradigmas: “*corporate culture*” que defende a gestão pela cultura como um aperfeiçoamento do controlo, visando a eficácia e a rápida adaptabilidade do indivíduo às regras organizacionais e cultura “*una*” da organização; “dimensão plural da organização”, preocupando-se mais com a diferenciação, ou seja, com fenómenos de identidade individual ou de grupo dentro da organização.

O conhecimento colectivo dos profissionais das unidades de cuidados intensivos é o recurso produtivo central e estratégico, pelo que o sucesso da organização depende cada vez mais da sua capacidade de adquirir, produzir, manter e disseminar o conhecimento. Esta organização é um todo, com uma verdadeira cultura organizacional própria, propicia à gestão do conhecimento, à inovação, a uma resposta *just-in-time* aos problemas e às necessidades que surgem a qualquer momento na prestação de cuidados ao doente em estado crítico.

3.2.2.1 Prioridades de utilização na UCI dos sistemas de valor representativos do conhecimento na UCI

Quanto às prioridades de utilização na UCI destes sistemas as respostas foram as representadas no gráfico nº 4:

Gráfico nº 4 – Prioridades de utilização dos sistemas de valor do conhecimento



Os sistemas de informação (35,39 %) continuam a ser a primeira prioridade numa situação de emergência, logo seguidos pelos documentos escritos

(24,88), a tecnologia de apoio vem a seguir (21,48 %) e por último os conhecimentos adquiridos (18,24 %) pela formação profissional e pelas experiências idênticas que viveram, conforme se vê pelo gráfico.

Podemos pois considerar que os sistemas de informação (Internet, intranet, etc.) são tecnologias do conhecimento e têm um papel estratégico nestas unidades: ajudar o desenvolvimento do conhecimento colectivo e da aprendizagem colectiva. Estas tecnologias possibilitam que o conhecimento seja codificado, estruturado e utilizado por estas equipas de saúde da UCI. Os documentos escritos ocupam a segunda prioridade de utilização em situação de emergência, o que se pode explicar pela falta de gestão electrónica de documentos inexistente nestas unidades.

De salientar que a tecnologia de apoio (equipamento de electromedicina) é mencionada também com elevada percentagem uma vez que é imprescindível na monitorização vital dos doentes, e fornece dados/ informação, preciosos para uma actuação rápida e eficaz quando a vida está em risco.

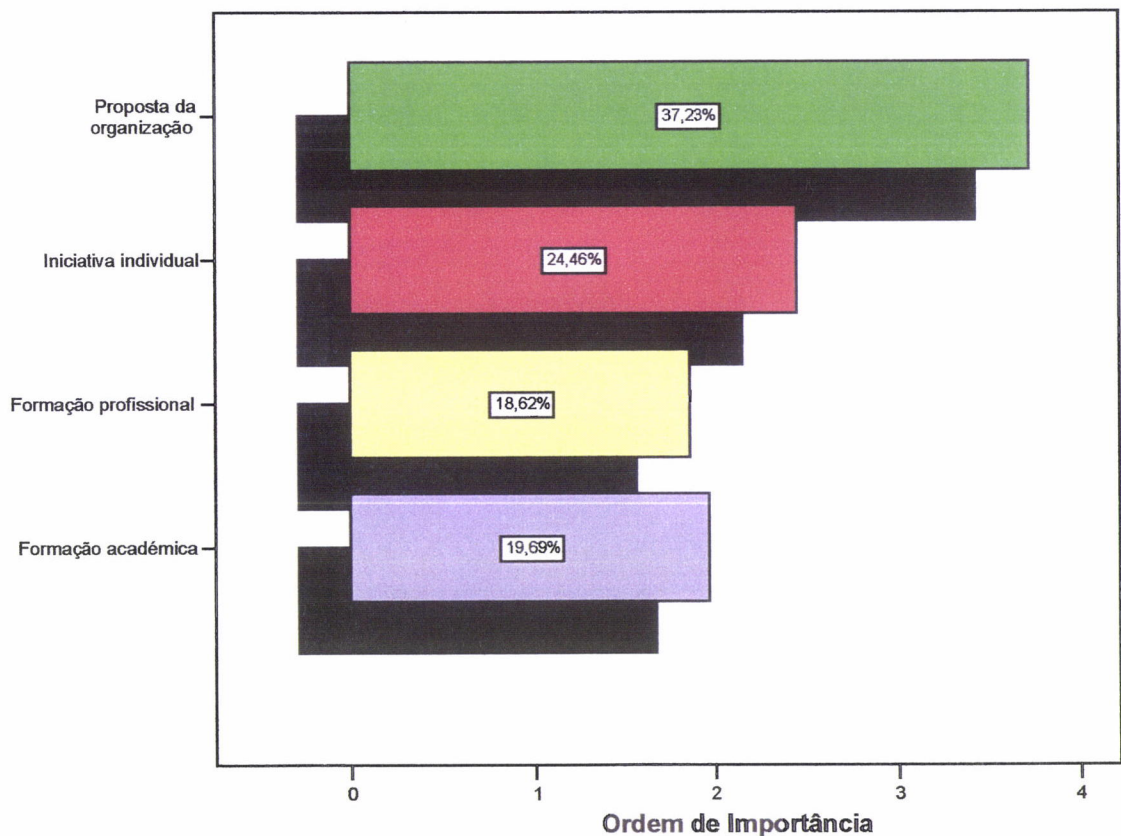
Estes resultados estão em consonância com o que é informação em saúde que resulta dos dados que surgem de narrativas (história clínica do doente), texto, medidas (sinais vitais), sinais visíveis através da tecnologia (ECG, EEG), imagens por tecnologia de diagnóstico (Rx, TAC), da sua interpretação, dos saberes e conhecimento dos profissionais e de todos os documentos escritos que representem valor para a actuação na prestação de cuidados.

Tudo isto é acompanhado pela experiência que cada um dos intervenientes e a experiência colectiva da equipa em situações idênticas. Parafraseando Davenport e Prusak (1998) “ *o conhecimento desenvolve-se ao longo do tempo, através da experiência que nos dá uma perspectiva histórica com base na qual analisamos e compreendemos as novas situações e acontecimentos*”.

3.2.2.2 Aquisição de conhecimento para prestação de cuidados de saúde na UCI

Tentou-se perceber, como os profissionais de saúde, destas unidades, adquiriram o conhecimento e a informação, que utilizam na sua actividade, aquando da sua actuação na prestação de cuidados ao doente em estado crítico. Consideraram que dentro das formações possíveis a mais importante era a que era proposta pela organização (37,23 %), e a seguir a sua iniciativa individual (24,46 %). A formação académica e a profissional tiveram pesos semelhantes o que se pode considerar que foram extremamente importantes para o seu crescimento em conhecimento.

Gráfico nº 5 – Aquisição de conhecimento e informação

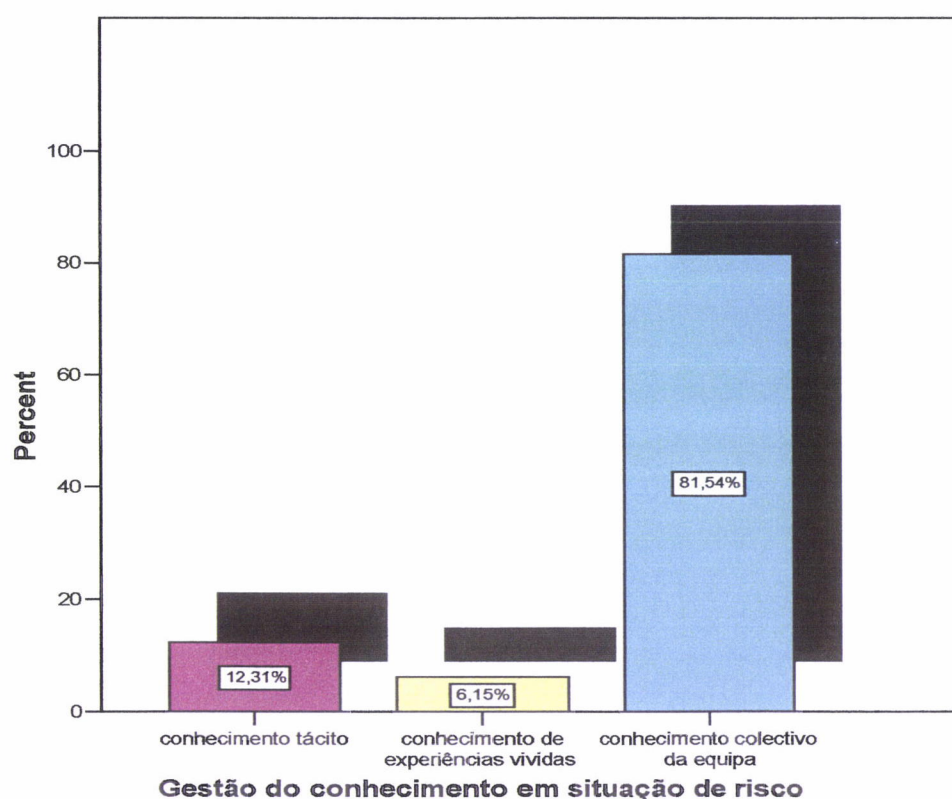


Admitem contudo que, numa situação de risco, é o conhecimento colectivo da equipa que leva ao sucesso de actuação na prestação de cuidados (81,54 %), porque ele é o recurso chave das tomadas de decisão inteligentes, previsões, planeamentos, diagnósticos, análises, avaliações, etc. Ele é criado e partilhado

entre os profissionais, e aparece com a experiência, os sucessos, as falhas e a aprendizagem. Recordando PrusaK e Davenport (1998) “o conhecimento pode e deve ser avaliado pela decisão e acção a que conduz”.

Estes resultados, de algum modo vão de encontro a Nonaka e Takeuchi (1995) quando referem que a criação de conhecimento ocorre a partir de uma espiral de conhecimento baseada no comprometimento pessoal e em vários processos de conversão entrem os conhecimentos implícito e explícitos, envolvendo desde o indivíduo ao grupo, a organização e o ambiente, desenvolvendo-se segundo duas dimensões do conhecimento: a epistemológica e a ontológica. A epistemológica através de quatro modos de conversão, das combinações entre conhecimento tácito e explícito: socialização, combinação, internalização e externalização, como referimos na fundamentação teórica atrás apresentada. Podemos assim afirmar que estas organizações (UCI), são sistemas de aprendizagem, onde a criação do conhecimento organizacional é uma interacção continua e dinâmica entre o conhecimento tácito e explícito, baseada na “espiral de criação de conhecimento” (Nonaka,1994; Nonaka e Tkeuchi, 1995; Nonaka e Konno, 1998).

Gráfico nº 6 – Tipo de conhecimento utilizado em situação de risco de vida



Sendo as Unidades de Cuidados Intensivos sistemas colectivos de aprendizagem teremos que avaliar os elementos que se interrelacionam: as orientações globais do conhecimento; os factores facilitadores do conhecimento e a partilha do mesmo.

3.2.2.3 Orientações gerais na construção do conhecimento na UCI

As orientações da aprendizagem organizacional ou seja do conhecimento organizacional, são valores e práticas que permitem uma análise da natureza e característica dos processos de aprendizagem organizacional: aquisição, interpretação, distribuição e utilização. As orientações são factores descritivos que possibilitam a recolha de informação com vista à interpretação das situações organizacionais sem fazer juízo de valores.

Assim, tentou-se enquadrar algumas actividades, do conhecimento nas unidades de cuidados intensivos polivalentes, nas orientações gerais do conhecimento, para ver quais eram mais relevantes.

Elaborou-se assim a seguinte tabela, onde se apresentam os valores em termos de percentagem, que representam o maior ou menor peso das actividades seleccionadas:

Tabela nº 1 – Orientações gerais do conhecimento na UCI

ORIENTAÇÕES GERAIS CONHECIMENTO	ACTIVIDADES DE GESTÃO DO CONHECIMENTO NAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS	PESO RELATIVO DE CADA ACTIVIDADE
Fonte de conhecimento	Interna Preferência pela aquisição de conhecimento desenvolvido internamente na organização	56,81 %
	Externa Preferência pela aquisição de conhecimento desenvolvido no exterior da organização	43,19 %
Modo de produção de conhecimento	Pessoal O conhecimento pertence aos sujeitos individuais	46,22 %
	Público O conhecimento é publicamente disponibilizado	53,78 %
Modo de disseminação	Prescrição formal de métodos de partilha de conhecimento	20,05 %
	Métodos informais nas interacções quotidianas	29,73 %
	Reuniões e acções de formação	29,50 %
	Através de documentos	20,72 %
Ênfase na aquisição de conhecimento	Incremental Conhecimento corrente ou incremental para a manutenção das situações ou pequenas mudanças	65,78 %
	Radical Conhecimento radical para mudanças profundas	34,22 %
Uso do conhecimento na cadeia de valor	Ênfase nas actividades diárias da Unidade	69,97 %
	Ênfase nas actividades de serviço incluindo relações com outros serviços e distribuição	30,03 %
Desenvolvimento de competências	Individuais	52,28 %
	Grupo	47,72 %
Modo de Participação	Consensual Distribuição e partilha de conhecimento por todos os agentes da unidade	46,39 %
	Normalizada Distribuição e partilha de conhecimento normalizada pela direcção da unidade	29,90 %
	Imposta Distribuição e partilha de conhecimento imposta pela grande organização	23,71 %
Influência dos sistemas de valor representativos do conhecimento	Valores Explícitos Em documentos da organização	45,53 %
	Valores Não Explícitos Implícitos que decorrem das práticas do dia a dia	54,47 %

Na tabela anterior apresentaram-se os resultados obtidos que nos permite traçar o perfil, relativo à gestão do conhecimento nas três unidades. Os resultados obtidos mostram que o perfil dominante das orientações para a

estão do conhecimento, tal como ele foi percebido pelos profissionais de saúde inquiridos é o seguinte:

↳ Na procura de conhecimentos os profissionais têm preferência pela **aquisição de conhecimento internamente (56,81%)**, o que teoricamente corresponde a uma construção interna à inovação, ao contrário da procura no exterior que corresponde a uma adaptação simples, à estratégia que a organização adopta reproduzindo modelos pré-concebidos.

↳ Quanto ao modo de produção de conhecimento consideram-no como um **activo público/colectivo (53,78%)**, possivelmente porque acham que o conhecimento permanece na unidade mesmo que haja substituição ou mobilidade dos seus profissionais, o que leva a reafirmar que estas organizações, dão ênfase aos processos mais ou menos consensuais de partilha de conhecimento entre os seus profissionais.

↳ No modo de disseminação ou distribuição de conhecimento afirmam que o **uso de métodos informais nas interacções quotidianas é o método mais utilizado (29,73%)**, mas quase ao mesmo nível situam as reuniões e acções de formação (29,50%). Depreende-se destes resultados que a organização utiliza as duas formas de disseminação de conhecimento, embora uma delas mais valorizada que a outra. Eles vêm de encontro, ao teoricamente descrito, em que na utilização de métodos informais, a disseminação faz-se de forma mais partilhada e menos estruturada, através de redes informais de comunicação, mas os métodos formais são importantes tanto na formação, como assegura a aprendizagem através de normas ou procedimentos escritos. Tal como Costa (2000) diz *"os membros das organizações, na prossecução de tarefas operacionais, raramente seguem as redes de autoridade formal mas procuram antes os canais informais, centrados em torno das actividades concretas. A realização de prática das tarefas determina o aparecimento de redes de comunicação não coincidentes com a estrutura formal da organização."*

Mas podemos dizer que as duas modalidades promovem a interpretação e a construção colectiva da informação, do conhecimento, de competências e dos desempenhos profissionais, no trabalho em equipa preconizado nestes ambientes.

↳ A ênfase na **aquisição de conhecimento corrente ou incremental para a manutenção das situações ou de pequenas mudanças (65,78%)**, dada neste estudo, nestas unidades, se utiliza para a manutenção das situações e que pressupõe comportamentos de adaptação na relação da organização com o meio: corrigindo-se acções a partir dos erros cometidos – comportamento de natureza reactiva. Negro Ponte (citado por Peters, 1998) afirmou que “*o incrementalismo é o pior inimigo da inovação*”, mas por experiência própria nestas unidades a forte dedicação à aprendizagem eficaz não coloca em causa os pressupostos básicos internos bem consolidados, não se sentindo necessidade de uma mudança profunda nas formas de pensamento organizacional e de relacionamento com o meio ambiente interno e externo.

↳ Quanto ao uso do conhecimento na cadeia de valor, os resultados sugerem **ênfase no seu desenvolvimento das actividades diárias da unidade (69,97%)**; Depreende-se assim que estas organizações desenvolvem mais competências nas suas actividades internas, na sua produção de trabalho, na prestação de cuidados diferenciados aos doentes, para satisfação das suas necessidades e manutenção do seu suporte vital.

↳ Ênfase no **desenvolvimento de competências individuais (52,28%)**, o que nos pode sugerir que a organização necessita desenvolver competências individuais ao nível dos seus profissionais, pois como já anteriormente foi referido, é do conjunto das competências individuais com os seus conhecimentos tácitos ou saberes individuais, que resulta a competência colectiva da equipa prestadora de cuidados ao doente em estado crítico. Daí que 47,72% tenham mencionado que esse desenvolvimento é competência de grupo. Por conhecimento próprio, o início de funções nestas unidades faz-se através de um programa de integração gradual em que se vão adquirindo

competências individuais que mais tarde são imprescindíveis no trabalho em equipa.

↳ Ênfase no **desenvolvimento de esquemas de participação consensual (46,39%)** por todos os agentes da UCI, o que sugere que o modo de participação é inovadora com uma distribuição e partilha de conhecimento por todos os profissionais. Pode-se mais uma vez dizer que partilha de conhecimento é indispensável nestas unidades, tendo presente que sem a colaboração de todos não é possível atingir os seus objectivos.

↳ Quanto à influência dos sistemas de valor representativos do conhecimento os resultados sugerem a utilização dos **valores implícitos que decorrem das práticas do dia-a-dia (54,47%)**. Depreende-se que este tipo de organizações sustentam as suas acções a um nível implícito “fazendo” circulá-los através de canais informais de comunicação e que decorrem das práticas/actividades diárias, investindo na promoção de práticas exemplares e de experiências ricas e variadas. A responsabilidade, a cooperação, a autonomia e a liberdade de exprimir pontos de vista, o respeito pelo outro e o estatuto igualitário de ideias resultam do desenvolvimento do conhecimento nas suas actividades, nas funções que cada um tem, que podem ser explicitadas, mas que são práticas comuns inerentes à sua actividade profissional de enfermagem ou medicina, à sua capacidade de agir perante o centro de cuidado da UCI - o cidadão doente.

3.2.2.4 Factores facilitadores na gestão do conhecimento na UCI

Os factores facilitadores do conhecimento organizacional são dispositivos e estruturas organizacionais e, formas de tomada de decisão que podem facilitar ou não a aprendizagem, influenciando-a quantitativa e qualitativamente, que resultam da observação de práticas exemplares ligadas a processos ou à resolução de problemas concretos comuns nas organizações. Também uma boa actuação de qualquer profissional de saúde de uma Unidade de Cuidados Intensivos se prende com um conjunto de factores e situações, ao nível da sua estrutura organizacional, formas de tomada de decisão e acções ao nível de

grupo que podem promover uma gestão eficaz de conhecimento, perante um doente em situação de risco de vida.

Assim tentámos saber junto dos inquiridos qual a sua percepção e grau de importância de algumas situações que seriam possíveis factores facilitadores de gestão de conhecimento numa UCI, tentando enquadrá-las nalgumas categorias definidas por Nevis, Dibella e Gould, (1996):

Tabela nº 2 . Factores facilitadores do conhecimento na UCI

CATEGORIA	FACTORES FACILITADORES DA GESTÃO DO CONHECIMENTO	RESULTADOS	
		%	Média
Imperativo de Procura	- Prestígio junto do doente	36,9%	3,00
	- Realização profissional	56,9%	5,00
Informação/ canais de informação	- Informatização dos processos e documentos	33,8 %	4,00
	- Relações informais	41,5%	4,00
Orientação para as medidas	- Domínio da tecnologia	55,4%	4,00
	- Documentos de conhecimento explícito (normas, rotinas, etc)	47,7%	4,00
Formação continua	- Actualização permanente de conhecimentos	56,9%	5,00
	- Domínio de conhecimento das situações clínicas do doente	58,5%	5,00
Múltiplas fontes	- Partilha do conhecimento na equipa	56,9%	5,00
	- Capacidade rápida de decisão individual	50,8%	5,00
Variedade operacional	- Capacidade de adaptação à mudança	67,7%	4,00
	- Inovação de procedimentos	52,3%	3,00
Envolvimento de liderança	- Partilha na tomada de decisões	44,6%	4,00
Perspectiva sistémica	- Capacidade de trabalhar em equipa	83,1%	5,00
	- Humanização das relações	70,8%	5,00
Clima de abertura	- Bom ambiente de trabalho	72,3%	5,00
	- Realização pessoal	53,8%	5,00

Pela leitura da tabela pode-se verificar que a maioria da média das respostas sugerem que todas as categorias escolhidas têm um grau de importância elevado (4,00) ou muito elevado (5,00) e portanto que todas elas são consideradas factores facilitadores de conhecimento.

Estes resultados mostram o perfil dominante dos factores facilitadores do conhecimento escolhidos na tentativa de enquadramento em cada categoria preconizada por aqueles autores:

↳ Quanto ao imperativo de procura introduzimos, o prestígio junto do doente e a realização profissional, por terem uma envolvente social e cultural e que podem servir de fonte de inspiração ou de modelo de referência para interagir com o meio externo à organização, e constituir um factor facilitador. Os resultados sugerem que a **realização profissional (56,9%)** é o factor com um grau de importância muito alto para esta categoria. O prestígio junto ao doente é considerado de importância moderada.

↳ Modalidades de acesso à informação, a comunicação aberta, a qualidade das interações e de partilha de conhecimento e a comunicação informal positiva no interior da UCI. Nesta categoria introduziu-se a informatização dos processos e documentos e as **relações informais (41,5%)** as quais foram consideradas, pelos inquiridos, de importância elevada, para facilitar a gestão do conhecimento, confirmadas também, na análise anterior, nas orientações do conhecimento.

↳ Quanto à orientação das medidas, introduzimos o domínio da tecnologia e a documentação escrita com o conhecimento explícito necessário à prestação de cuidados ao doente, como instrumentos imprescindíveis numa UCI, que servem como apoio na prestação de cuidados e como forma de avaliar os conhecimentos e os processos utilizados. Os resultados sugerem que o **domínio da tecnologia (55,4%)** é extremamente importante para a gestão do conhecimento na unidade pois ela é utilizada no apoio vital ao doente e nas informações e dados que fornece para uma actuação do profissional eficaz e eficiente.

↳ Na categoria formação contínua, que se resume, na educação, ao longo da vida e que tem um peso relevante na promoção do desenvolvimento organizacional. A aprendizagem organizacional deve ser contínua daí que a **actualização permanente (56,9%)** seja considerada pelos profissionais de saúde da UCI extremamente importante para a gestão do conhecimento. Mas devido ao estado crítico do doente destas unidades, **o domínio e o conhecimento pomenorizado da sua situação (58,5%)** pelos profissionais se realce um pouco nos resultados, mas ao mesmo tempo quase se sobrepõe e, só é possível pela actualização permanente. Daí que estas duas dimensões desta categoria tenham tido respostas bastante semelhantes como facilitadores de conhecimento neste tipo de organização.

↳ Na categoria múltiplas fontes, pretende-se que todos os intervenientes na organização estejam envolvidos, todos são um centro de interesse e agentes do conhecimento a vários níveis, pelo que introduzimos duas dimensões a partilha de conhecimentos na equipa e a capacidade rápida de tomada de decisão, uma vez que são inerentes ao desempenho dos profissionais de saúde nesta organização.

Os resultados do estudo nesta categoria sugerem que é a **partilha de conhecimentos na equipa (56,9%)** que facilita e desenvolve o conhecimento na UCI, tal como na orientação do conhecimento atrás estudada.

↳ A categoria variedade operacional envolve os princípios de complexidade e diversidade num ambiente organizacional que pode fornecer mais opções, ser mais estimulante e benéfico para os profissionais através do desenvolvimento de estratégias, das estruturas, dos recursos humanos e da própria cultura.

Tendo presente o ambiente da UCI introduziram-se nesta categoria duas dimensões de estudo: **capacidade de adaptação à mudança (67,7%)** que foi considerada pelos profissionais importantíssima, que está de acordo com o clima de abertura e de partilha de conhecimentos que ali existe; a inovação de procedimentos é considerada de importância moderada.

↳ O envolvimento da liderança, dos profissionais da organização resulta da partilha e desenvolvimento do conhecimento, daí que para os inquiridos a

partilha na tomada de decisões (44,5%) seja considerada muito importante para o seu crescimento profissional e sua actuação na prestação de cuidados ao doente.

↳ Perspectiva sistémica. Os problemas e soluções da organização são vistos em termos globais e não de forma compartimentada. A abordagem global reenvia-nos para a ideia do todo, do conjunto e das partes, mas sobretudo para as ligações entre as diferentes partes que constituem o todo. *“Um sistema é mais e menos e outra coisa que a soma das partes”* (Amiguet, 1996). A **capacidade de trabalhar em equipa (83,1%)**, dimensão em estudo nesta categoria, foi considerada extremamente importante para os profissionais da UCI, pelo conjunto e interacção na equipa, como forma de criação e utilização de conhecimento para a sua actuação. Também a dimensão utilizada nesta categoria **humanização das relações (70,5%)** foi considerada ao mesmo nível e importante na complexidade desta organização, que como sistema vive, transforma-se, troca informação/conhecimento e, ao mesmo tempo, procura a estabilidade e o desequilíbrio. Porque o ambiente num serviço de cuidados de saúde é tanto resultante das interacções entre as pessoas, como cada interacção é possível graças ao ambiente, aos modos, níveis e estruturas de comunicação criadas.

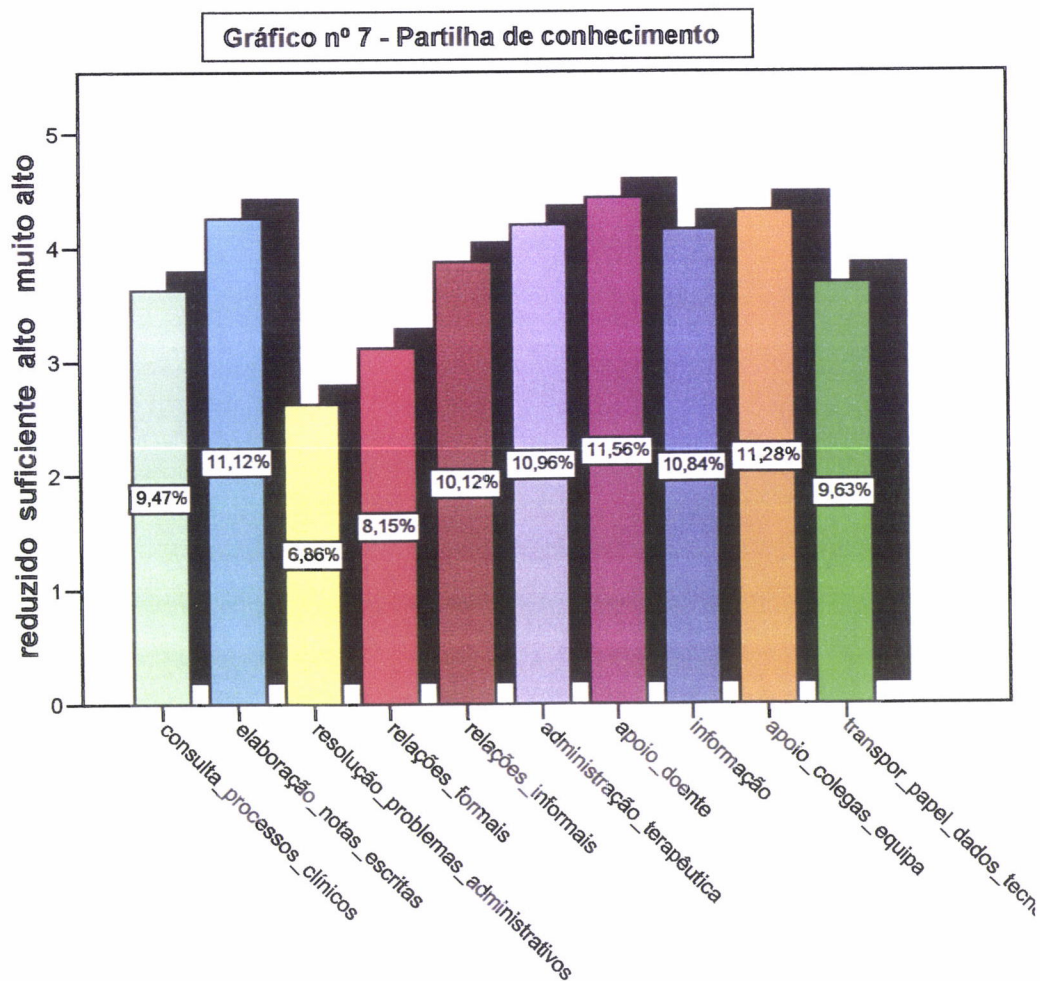
↳ Clima de abertura. Os processos de influência intragrupais desenvolvem-se em determinados contextos hierárquicos e de relações que determinam as formas de comunicação e de decisão dentro do grupo. Se existir uma atmosfera de boa relação e discussão no grupo, a aquisição, disseminação, interpretação e uso do conhecimento organizacional é muito mais fácil. As dimensões que se introduziram nesta categoria foram a realização pessoal e o bom ambiente de trabalho. Os resultados do estudo sugerem que um **bom ambiente de trabalho na UCI (72,3%)** é factor preponderante na actuação e na gestão do conhecimento, e que favorece a realização pessoal dos profissionais que ali trabalham.

Da análise anterior podemos inferir que todas as situações apresentadas são importantes e facilitadoras de um bom desempenho profissional mas

consideram que o facto de se sentirem realizados profissionalmente, de terem capacidade de trabalhar em equipa, haver humanização nas relações interpessoais, domínio da tecnologia, bom ambiente de trabalho e partilha de conhecimento na equipa serem os factores de elevada importância e facilitadores para uma boa actuação na prestação de cuidados ao doente em estado crítico.

3.2.3 Actividades dos profissionais de saúde como partilha de conhecimento na UCI

Tentou-se também saber qual era a opinião destes profissionais de saúde, sobre o peso de algumas actividades inerentes à sua actividade profissional na UCI como forma de partilha e disseminação de informação/conhecimento, sem recursos tecnológicos. Obtiveram-se os seguintes resultados:

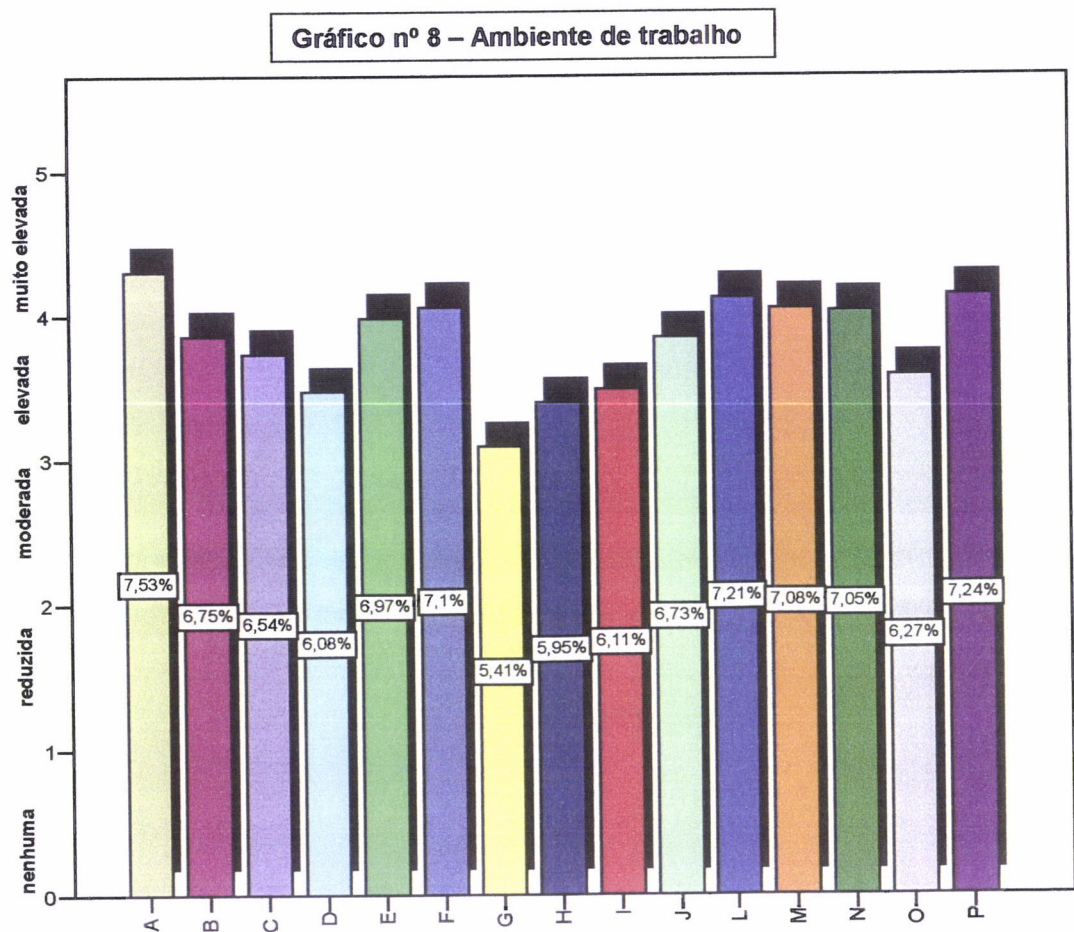


Pelos resultados obtidos os profissionais da UCI consideram que o apoio ao doente e aos colegas de equipa são actividades que ocupa mais o seu tempo. Logo de seguida vem a elaboração das notas escritas e a administração de terapêutica, o que é perfeitamente explicável dado o estado crítico em que os doentes se encontram, em que as alterações são constantes.

De realçar que a informação apresenta também um valor suficientemente elevado, assim como o transpor para o papel dados da tecnologia de apoio ao doente.

Conhecidas as actividades dos profissionais que mais ocupavam os profissionais, tentou-se saber o que influenciava o seu ambiente de trabalho na tentativa de confirmar ou não a hipótese de estudo formulada: uma gestão adequada do conhecimento facilitava o desempenho dos profissionais de saúde em contexto de cuidados intensivos melhorando a qualidade e o ambiente de trabalho.

Os resultados são os representados no gráfico nº 8:



A – Motivação -1º

P – Formação e actualização permanente sobre os novos procedimentos do trabalho em saúde - 2º

L – Reconhecimento que os utentes dão pelo seu trabalho – 3º

F – O funcionamento geral da unidade – 4º

M – A autonomia que possui para efectuar o seu trabalho – 5º

N – Eficaz comunicação existente na unidade – 6º

E – O contacto com a vida e a morte – 7º

B – Participação em decisões sobre o seu trabalho – 8º

J – Reconhecimento das chefias pelo seu trabalho – 9º

C – Participação em grupos de trabalho – 10º

O – Ser informado de planos e objectivos da unidade e organização em que se insere -11º

I – Reconhecimento que os outros grupos profissionais dão pelo seu trabalho – 12º

D – Participação na realização do plano de actividades de formação da UCI – 13º

H – Reconhecimento que os colegas da mesma carreira profissional dão pelo seu trabalho -14º

G – O prestígio profissional por trabalhar na UCI -15º

As unidades de Cuidados Intensivos são organizações complexas que se caracterizam por uma extraordinária interacção e interligação de diferentes acontecimentos ou factos. Os processos de gestão e de tomada de decisão nestes ambientes obrigam a formas de pensar, agir e de organização não lineares, isto é a um pensar complexo. Estas organizações de saúde complexas são compostas por múltiplos elementos heterogéneos: as pessoas, as máquinas, as informações, os dados, o know-how, uma imagem, uma cultura, etc. Estes elementos estão em interacção constante e constituem um todo complexo que é superior à soma das suas partes, porque é o todo que produz a globalidade do cuidado de saúde que o doente precisa, com um sentido e emergência distintas das qualidades dos componentes. Daí que a **Motivação** seja um factor mais importante para a actuação dos profissionais de

saúde na prestação de cuidados nestes ambientes, tendo presente a necessidade de auto-realização, corolário de todas as necessidades humanas em que o equilíbrio psicológico e o “*moral*” levam a um clima organizacional agradável.

Dada a complexidade de uma UCI a informação e conhecimento são os alicerces para a tomada de decisão, seja no relacionamento da equipa, seja na prestação de cuidados ao doente. Daí que os profissionais considerem que a **formação e actualização permanente** sobre os novos procedimentos do trabalho é extremamente importante, dado a evolução da medicina intensiva ser uma constante e ainda porque os recursos humanos conferem à unidade dinamismo e originalidade numa visão global assimilada por todos de forma liberada.

As unidades são pequenas organizações dentro de uma grande organização hospitalar que facilitam o processo de partilha de conhecimento, que definem as suas próprias rotinas e premissas decisórias, que ajudam os profissionais que ali trabalham no processo de tomada de decisão.

Pode-se considerar uma UCI como “organização baseada no conhecimento”. Conhecimento colectivo e tácito e que é a base das competências essenciais desta organização. São locais que, pela sua especificidade obriga, a qualquer dos seus intervenientes a aprender, conhecer, actualizar, renovar e a consolidar os seus conhecimentos. Têm um clima favorável à formação e a facilitar o desenvolvimento das formações individuais e a melhorar e partilhar o conhecimento entre todos, tendo como finalidade a competência profissional. A competência torna-se uma realidade dinâmica que pretende dar resposta às necessidades apresentadas em determinado contexto de trabalho onde “*o saber como fazer passa a saber por que fazer*” (Drucker, 1994).

Parafraseando Demo (2002), “*a formação profissional gera competências inovadoras quando alicerçada em questionar e reconstruir, o que supõe a transmissão do conhecimento, que se fundamenta na capacidade de saber e de sempre refazer a competência, preparando para a vida, para novos desafios, para a inovação constante para o aprender a aprender*”.

A competência é assim a capacidade de utilização e da combinação de conhecimentos e de know-how que se traduz no bom desempenho de acções para prossecução de objectivos próprios da UCI

A riqueza do conhecimento que é necessário ter e partilhar para intervir na luta entre a vida e a morte, é um factor de motivação, assim como o **reconhecimento que os utentes têm pelo seu trabalho e o funcionamento geral da unidade**, são factores que influenciam bastante para uma actuação eficaz dos profissionais que nela laboram. As unidades apesar de serem serviços de um hospital que seguem as regras gerais dessa grande organização, têm regras, rotinas, protocolos e procedimentos próprios que a tornam única e diferente de todos os outros. A sua estrutura funcional dinâmica e de equipa é factor que agrada a maioria dos profissionais destas unidades.

Outros factores que consideram que têm muita influência são a **autonomia** que possuem para efectuar o seu trabalho e a **eficaz comunicação** na unidade. Porque lembrando Amendoeira (1999) um processo de cuidados ao doente é *“um processo de interacção, onde o centro de interesse é a pessoa e onde o profissional possui conhecimentos específicos que lhe permitem fazer o diagnóstico e o planeamento do cuidado, que ele próprio executa e controla”*.

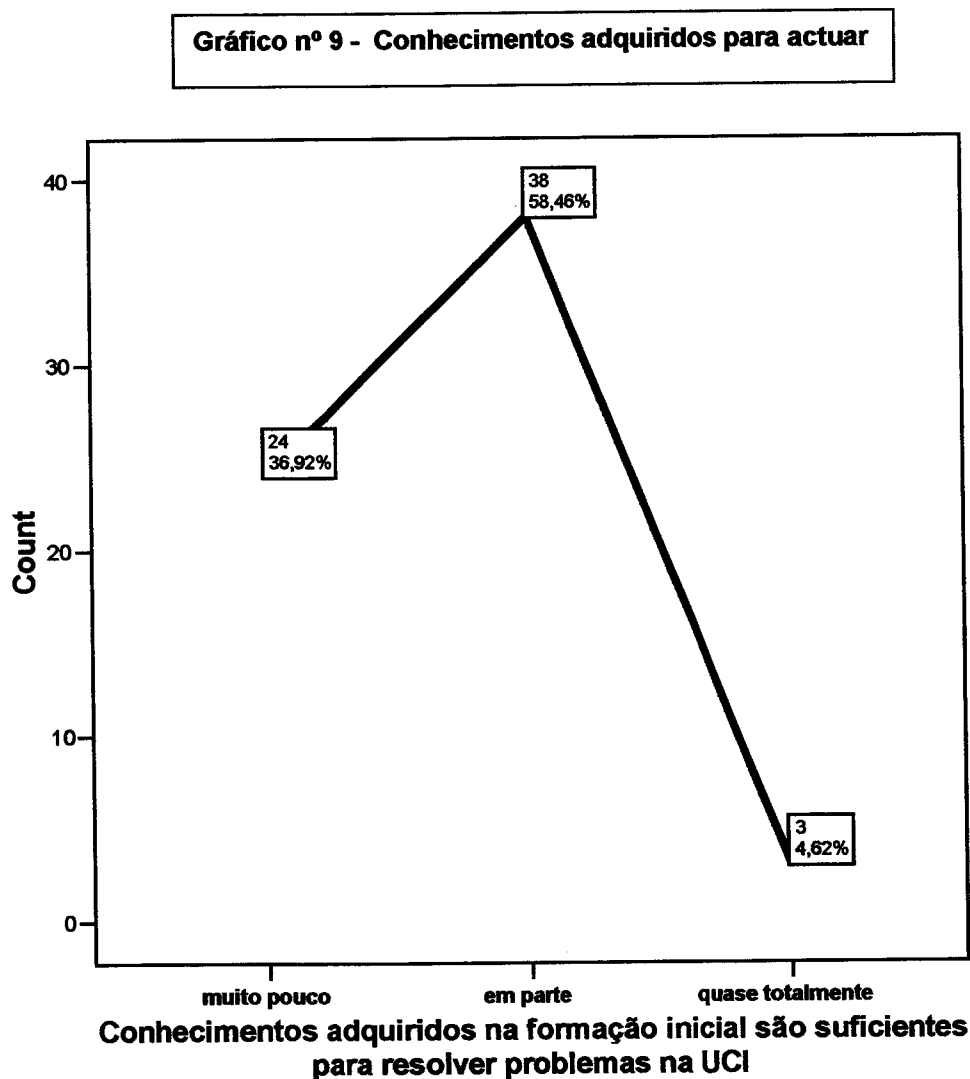
Esta troca baseia-se essencialmente em:

- competências particulares e de especialização funcional;
- da realização da organização com o seu contexto;
- do domínio da comunicação e da informação;
- da existência de regras organizacionais gerais.

A existência de normas e rotinas da organização aos seus profissionais, reintroduz um mínimo de previsibilidade no comportamento de cada um, o que limita a capacidade de jogar com as incertezas, numa perspectiva da mobilização das qualificações e competências profissionais, para a tomada de decisão autónoma e responsável, pois o processo de cuidar o doente é um sistema complexo de relações interpessoais onde a comunicação é imprescindível em ambiente complexo de uma UCI em que o contacto com a vida e a morte é uma constante, mas também um factor motivador.

Consideram que o prestígio profissional por trabalhar numa UCI, o reconhecimento que os colegas têm pelo seu trabalho e o reconhecimento que

os outros grupos profissionais dão pelo seu trabalho, têm somente uma influência moderada no ambiente, o que talvez se compreenda pelo facto de o produto final de actuação só ser possível com o conhecimento colectivo da equipa, e o que realmente interessa é atingir o objectivo final da organização. Dado a formação e actualização permanente sobre os procedimentos do trabalho em saúde ser considerado pelos profissionais de saúde como o segundo factor que influencia de forma muito elevada o ambiente de trabalho na UCI, tentámos saber se os conhecimentos adquiridos na formação inicial tinham sido suficientes para a resolução de problemas e respectiva prestação de cuidados na unidade, e representaram-se as respostas no gráfico nº 9:



As respostas dos inquiridos sugerem que os conhecimentos adquiridos na formação inicial não são suficientes para actuar na UCI, eles contribuem em parte (58,46%), mas precisam de actualização ou formação continua. Já Drucker (1995) afirmava que *"(...) é seguro assumir que qualquer pessoa, com qualquer conhecimento, terá de adquirir novos conhecimentos a cada quatro ou cinco anos, sob pena de tornar-se obsoleta."* Tal afirmação é apoiada por Lévy (1999) *"(...) a maioria dos saberes adquiridos no início de uma carreira ficam obsoletos no final de um percurso profissional, ou mesmo antes."* Daí a formação continua ser um factor facilitador da aprendizagem organizacional na unidade, porque *"(...) a organização que aprende é a que é capaz de criar, adquirir e transferir conhecimento... a sua partilha e utilização..."* (Zorrinho, 2003). De realçar que apenas 4,62% consideram que esses conhecimentos são quase totalmente suficientes para a sua actuação na UCI. É essa formação que 93,85% dos profissionais de saúde inquiridos, que exercem actividade na UCI, respondem, dizendo que frequentam acções de formação.

Os conteúdos ou áreas do saber que os profissionais procuram tem como base a sua carreira profissional, funções e actividades a ela inerentes (11,36%). Compreende-se, pois a aprendizagem organizacional, passa a ser prioritária para o exercício das funções na UCI e envolve várias áreas: as suas funções na organização e como as melhorar; alinhar-se entre a estrutura, estratégia e cultura; desenvolver competências; aprender acerca do ambiente operacional; desenvolver a habilidade para captar, arquivar e retribuir conhecimento e experiência. Quando não frequentam acções de formação contínua actualizam os seus conhecimentos através da partilha do conhecimento com os colegas, a aquisição de livros e por meio da Internet.

3.2.4 Competência Profissional na área de informação/conhecimento num ambiente de complexidade – UCI

“competência representa o que a organização sabe fazer e como fazê-lo. Ela resulta da habilidade de assegurar que as pessoas e processos agreguem valor aos clientes”.

Prof. Dave Ulrich

Múltiplos estudos sustentam, que pessoas individualmente mais conhecedoras, mais maduras, competentes e desenvolvidas quer a nível pessoal quer profissional são factores decisivos no desenvolvimento social e que as sociedades mais desenvolvidas, são potencialmente promotoras de culturas de formação que favorecem cada um dos seus indivíduos.

É nesta relação contexto-sujeito que o conceito de competência ganha sentido, retirando-lhe a conotação redutora de desempenho técnico, num tipo de racionalidade que à priori prescreva e defina os parâmetros desse desempenho.

Para além desta análise comportamental, ela engloba uma conceptualização que estende o olhar analítico ao continuum da *praxis* humana, onde a dimensão observável desta acção competente está directamente relacionada com a natureza dos processos cognitivos e afectivos, que a precedem e, com o tipo e natureza dos conhecimentos implicam as tomadas de decisão. Esta totalidade, que poder-se-à configurar como uma metacompetência que conjuga, na *praxis*, a competência, a complexidade e multidimensionalidade que diferenciam superiormente a acção humana, como acção reflectida e sabia, sempre em aberto, porque se trata, de novo conhecimento e de novas soluções para uma humanidade em constante procura de si própria.

Neste quadro, ter competência, diz respeito à capacidade para agir profissionalmente num contexto específico com discernimento e eficácia.

Para Bunk, possui competência profissional quem, dispondo de conhecimentos, destrezas e capacidades:

- souber solucionar tarefas laborais com autonomia e flexibilidade;

- possui capacidade e disposição para participar de forma actuante no meio ambiente profissional que o envolve;
- souber construir e utilizar os conhecimentos e capacidades.

Este conceito compreende quatro grupos de competências:

- ↳ Competência técnica (conhecimentos técnicos e elementos cognitivos)
- ↳ Competência metódica ou clínica (reação adequada às tarefas e às experiências vividas)
- ↳ Competência social ou crítica (comunicação e compreensão das pessoas)
- ↳ Competência participativa ou pessoal (construir a situação de trabalho, organizar e decidir de forma activa).

Tal como Pire (1994) afirma “ *forjadas pelo tempo ao longo de um percurso feito de experiências, projectos e práticas, de estudos e de actividades, por aspectos operativos, afectivos e intelectuais*”, as competências são um atributo do sujeito.

Perante uma questão colocada no início deste estudo, sobre a concepção dos profissionais de saúde quanto à competência na área da informação/ conhecimento para a optimização dos cuidados de saúde em contexto de medicina intensiva, tentou-se obter resposta dos mesmos nos quatro tipos de competências, uma vez que também o profissional de saúde, deverá agir praxicamente, em função dos contextos reais. A percepção dos profissionais de saúde na UCI nesta área está resumida na tabela nº3:

Tabela nº 3 – Competências dos profissionais de saúde da UCI

TIPOS DE COMPETÊNCIAS	DIMENSÕES DE ESTUDO APLICADAS À UCI	MÉDIA	DP
COMPETÊNCIA TÉCNICA	-Aperfeiçoamento profissional é sempre um objectivo	4,35	0,648
	-Dedicação para autoformação	3,80	7,33
	-Interpretação de informações técnicas e científicas	4,00	0,612
	-Conhecimento de técnicas e procedimentos na UCI	4,02	0,625
	-Capacidade para relacionar teoria e prática	4,28	0,573
	-Segurança nos conhecimentos e saberes	3,89	0,562
	-Domínio das tecnologias informáticas	3,40	0,949
COMPETÊNCIA METÓDICA OU CLÍNICA	-Capacidade de discernimento em situações de emergência	4,08	0,622
	-Estabelecimento de prioridades nos cuidados de saúde	4,34	0,644
	-Transmissão de informação à equipa	4,08	0,669
	-Visão global da situação clínica do doente	4,15	0,649
	-Elaboração de registos claros e perceptíveis	4,22	0,696
	-Facilidade de adaptação à organização de trabalho da UCI	4,09	0,631
	-Participação na criação de conhecimento(formação)na UCI	3,75	0,791
	-Discussão na equipa como forma de obter conhecimento	4,00	0,685
-Actuação de acordo com normas, rotinas protocolos e procedimentos da UCI	4,29	0,695	
COMPETÊNCIA SOCIAL OU CRÍTICA	-Receptividade a novas ideias	4,35	0,648
	-Promoção da qualidade de vida do doente	4,65	0,648
	-Reconhecimento dos limites de funções e competências	4,15	0,815
	- Consciência de saber inacabado	4,55	0,587
	-Seleccção de informação que não prejudique doente/família	4,11	0,831
	-Partilha de conhecimento	4,29	0,655
	-Reforço e feed-back na relação com doente/família e colegas de equipa	3,83	0,675
COMPETÊNCIA PARTICIPATIVA OU PESSOAL	-Comunicação eficaz	3,80	0,733
	-Colaboração em situação de emergência com todos os elementos da equipa	4,08	0,620
	-Responsável nos actos que pratica ou delega	4,66	0,567
	-Facilidade na aprendizagem de forma autónoma e continua	4,09	0,631
	-Cooperação com outros profissionais de saúde	4,32	0,640
	-Segurança nos sentimentos e certeza nas capacidades, habilidades e interpretações	3,83	0,601
	Capacidades de pesquisa/investigação para o desenvolvimento profissional	3,86	0,768

Verifica-se pela tabela que as médias obtidas nas várias dimensões relativamente a cada tipo de competência profissional (técnica, metódica, social e pessoal) se verificam frequentemente tendo em conta a escala de Likert anteriormente definida, pois todas as respostas estão acima do ponto médio (3), entre 3,40 e 4,66 e com um desvio padrão abaixo de 1. De realçar que a média mais baixa é o domínio das tecnologias informáticas na competência técnica e a máxima é o sentido de responsabilidade na competência pessoal ou participativa.

Estes resultados sugerem que um profissional de saúde competente, numa UCI, significará sempre aquela pessoa que, possui um repertório de conhecimentos e de capacidades vasto e diversificado, toma, executa e avalia as decisões que selecciona, em circunstâncias muitas vezes imprevisíveis, de modo a que estas se constituam com soluções adequadas, socialmente legítimas e abertas a constantes reajustamentos para poderem continuar a garantir a sua responsabilidade à instabilidade permanente.

É um profissional reflexivo que, momento a momento e situação a situação invoque os seus saberes para deles, seleccionar os que, do seu ponto de vista, melhor se ajustem à situação real que está a vivenciar. Porém para fazê-lo deverá em primeiro lugar ter adquirido esses conhecimentos referenciais e deverá também conhecer as características do doente, porque a sua função é contribuir para a melhoria. Devendo conhecer não só a evolução das características somáticas, mas também as psicológicas, tão vulneráveis e instáveis, aquando das fragilidades decorrentes da doença e do estado crítico em que se encontra.

“ Cada acto de Bem Fazer e de Fazer Bem é uma forma simples de dizer, mas bela, de definir Competência”.

A competência profissional na UCI na área da informação/conhecimento resulta da reconstrução permanente da competência colectiva e da competência organizacional num ambiente pautado por mudanças súbitas, rápidas, imprevisíveis e é responsável pela melhoria da performance da unidade. Esta mini organização sabe produzir e utilizar colectivamente o conhecimento sem cessar de o renovar, que se traduz pela competência, ou seja, a capacidade de utilização e combinação de conhecimentos e de know-how traduzida no bom

desempenho da sua função/profissão que contribui para a prossecução dos objectivos da UCI.

Ela abrange além dos saberes e saber fazer, atitudes e comportamentos (capacidade de comunicação, reactividade, capacidade de trabalhar em equipa, de aprendizagem, de autonomia, de promover a qualidade, etc), e resulta da integração de todas as competências determinadas por uma cultura, conhecimento, saber partilhado e capacidade de construção de uma rede de comunicação como garantia de coerência das decisões tomadas.

A competência global de uma UCI assenta num funcionamento em “rede” e pela inteligência colectiva que leva à optimização dos cuidados de saúde em contexto de medicina intensiva.

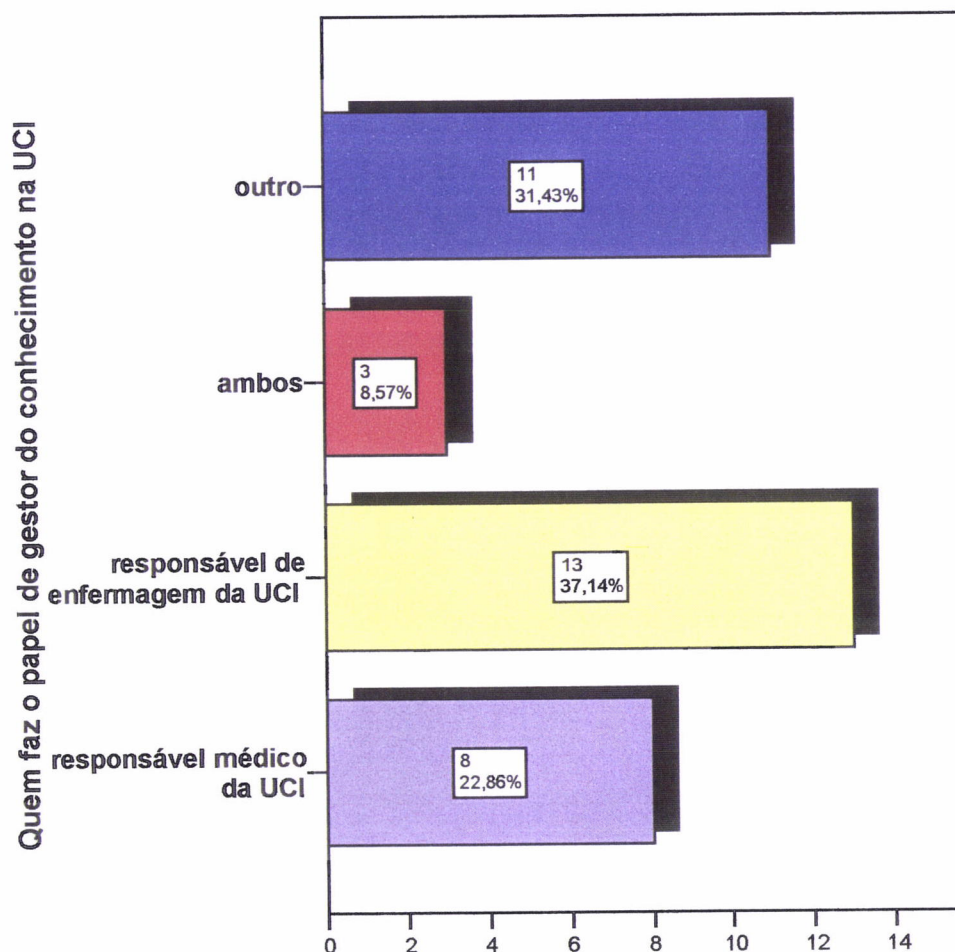
3.2.5 - Gestor do conhecimento na UCI

Por último tentou-se saber se existia a figura de gestor do conhecimento na UCI, e caso não existisse quem fazia esse papel, o responsável médico, o responsável de enfermagem da UCI ou outra pessoa. Dos inquiridos 67,19% responderam não existir na UCI a figura de gestor do conhecimento e 32,81% responderam que existia.

Nos serviços em que existe essa figura, 37,14% respondeu que era o responsável de enfermagem, 31,43% respondeu outro, 22,86% responderam que era o responsável médico e 8,57% que eram ambos (responsável médico e de enfermagem da UCI). De referir que só 50% da população do estudo respondeu a esta questão.

Estas respostas estão representadas no gráfico seguinte :

Gráfico nº 10 – Figura de gestor do conhecimento



Estas respostas talvez se possam explicar devido a vários factores:

- desconhecimento do termo pela falta de resposta à questão;
- a maior percentagem de respostas ser para o responsável de enfermagem da UCI porque na carreira de enfermagem a formação continua e em serviço estar contemplada na sua legislação (Dec-Lei 437/91 de 8/11), onde enfermeiro chefe é o responsável máximo dessa formação em cada unidade ou serviço;
- a resposta “outro” sendo a segunda mais cotada, correspondeu à resposta “responsável pela formação em serviço”. Isto explica-se por em cada unidade

ou serviço da organização hospitalar existir um responsável por aquela formação, que actualmente é um enfermeiro (artº 64º, Dec-lei 437/91 de 8/11). Pode-se assim depreender que não há a figura de gestor do conhecimento, mas existe alguém que tem responsabilidade na aquisição, distribuição, transmissão e utilização de certo tipo de conhecimento, habitualmente técnico e científico de acordo com as necessidades que a equipa/serviço.

4 – CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

O conhecimento humano é rico, abundante e bastante abrangente. A informação entendida como meio de organização desse conhecimento está dispersa num grande número de fontes, sejam pessoas, procedimentos, centros de pesquisa, bases de dados, entre outras.

Partindo destes pressupostos, toda e qualquer organização precisa, a todo o momento, de informação/conhecimento e, as organizações de saúde não são excepção.

A informação circula nas redes de comunicação, pois são parte integrante da estrutura de um grupo/organização e, configuram os padrões de transmissão de mensagens que se estabelecem entre os membros do grupo, da organização ou entre organizações.

Tendo presente que o conhecimento nas organizações é contextual (Mintzberg, 1996), é importante conhecer as suas estruturas e formas de articulação e, o facto de as organizações de saúde desenvolverem actividades complexas, leva à necessidade de coordenação do trabalho, conseguida através da standardização das qualificações profissionais como elemento central do seu funcionamento organizacional. As organizações de saúde apoiam-se nas competências e conhecimentos dos seus profissionais, cujo trabalho operacional é complexo e por eles controlado.

As Unidades de Cuidados Intensivos são organizações complexas inseridas numa grande organização de saúde – o Hospital – onde a informação e o conhecimento estão sempre presentes na prestação de cuidados ao doente em estado crítico.

Apesar de considerar que um trabalho deste tipo nunca fica concluído, mas serve de base para outros futuros, podem-se retirar algumas conclusões gerais, para além das parcelares que decorreram ao longo da análise efectuada. Assim, do estudo efectuada nestas unidades, podemos traçar o perfil do comportamento e conhecimento organizacional destas equipas:

As Unidades de Cuidados Intensivos, fazem parte de uma organização hospitalar, têm um âmbito de actuação polivalente, cuja população em estudo apresenta as seguintes características:

- Predomina o sexo feminino com 64,62%, nos seus profissionais de saúde (médicos e enfermeiros). A faixa etária dominante situa-se entre os 30 e os 35 anos de idade;
- Possuem os títulos académicos de licenciado (53,85%), dos quais 4,61% possuem uma pós graduação. Os outros 46,15% possuem o título de bacharel;
- A enfermagem é a actividade profissional predominante com 84,62%, ocupando a medicina 15,38%. A maioria, possui entre 20 a 25 anos de exercício profissional;
- A área de actividade predominante é a prestação de cuidados de saúde com 95,38% dos inquiridos e somente 4,62% desempenham funções de gestão.

Apesar de não existir uma cultura do conhecimento global, nestas unidades, elas desempenham as três principais actividades da sua gestão: criação, distribuição e utilização:

- Os inquiridos referem que utilizam todas as estratégias de desenvolvimento do conhecimento existentes nas unidades, desde a gestão electrónica do doente, a Internet, intranet e videoconferência;
- Os sistemas de valor representativos do conhecimento apresentam-se sob a forma de protocolos de actuação (terapêutica, normas de reanimação, etc) e, de normas/procedimentos que servem de “guião” nas suas actividades diárias;
- Apesar dos suportes escritos que contém as normas e os protocolos, os saberes dos profissionais e Know-how, assim como os sistemas informáticos são relevantes na sua actuação;
- Existem os dois tipos de conhecimento tácito e explícito, mas é do conhecimento colectivo da equipa que resulta o desempenho dos seus profissionais, com a eficácia e a eficiência que se pretende na optimização dos cuidados de saúde daquela organização, onde as tomadas de decisão são emergentes – cultura própria desta organização;
- Numa situação emergente estabelecem prioridades de actuação guiadas pela informação e conhecimento que obtém dos sistemas informáticos existentes,

dos documentos escritos (protocolos e normas/procedimentos) e pela tecnologia de apoio vital ao doente cuja leitura e interpretação dos dados resulta dos conhecimentos adquiridos e de experiência, para a obtenção de resultado final eficaz;

- De realçar a existência e a utilização de documentos escritos, cujos conteúdos são conhecimentos necessários para a actuação dos profissionais, tais como protocolos, procedimentos, rotinas, etc, importantíssimos para o trabalho de equipa e estrutura funcional da unidade;
- Os sistemas de informação utilizados são a gestão electrónica do doente, que se reduz praticamente à sua identificação, intranet na ligação com outros serviços do hospital, nomeadamente com serviços de diagnóstico (laboratório) e Internet como forma de actualização de conhecimentos;
- Não existe figura de gestor do conhecimento nestas unidades, mas existe alguém que tem a responsabilidade na aquisição, distribuição, transmissão e utilização de certo tipo de conhecimento, habitualmente técnico e científico de acordo com as necessidades da equipa/serviço.
- A aquisição de conhecimento para a prestação de cuidados nesta unidade quando é feita por proposta da organização é a mais apreciada pelos inquiridos (37,23%), logo seguida pela iniciativa individual. A formação académica e a profissional ficam equiparadas pelo que se depreende que são importantes para o seu exercício profissional;
- Numa situação de risco é o conhecimento colectivo da equipa que leva ao sucesso na actuação dos seus profissionais (81,54%);

Quanto às orientações gerais na construção do conhecimento, os profissionais de saúde afirmam:

- Preferência pela aquisição interna do conhecimento na organização, principalmente o conhecimento corrente necessário para a manutenção das actividades diárias da unidade ou para fazer pequenas alterações;
- O conhecimento adquirido é disponibilizado por todos os profissionais da unidade;
- A disseminação do conhecimento faz-se através de redes informais de comunicação, utilizado nas actividades diárias e pelas acções de formação e

reuniões, através dos saberes e competências individuais e colectivas dos seus profissionais de saúde;

- Apesar das competências individuais serem as mais desenvolvidas nestes meios de complexidade (52,28%), o desenvolvimento de competências de grupo é também relevante (47,72%), o que está em consonância com o ponto 4 em que os inquiridos afirmam que é o conhecimento colectivo da equipa que leva ao sucesso desta organização;

- A distribuição e partilha de conhecimento são feitas de forma consensual, por todos os profissionais da unidade e, são os valores não explícitos (54,47%) que mais influenciam nas actividades do dia-a-dia.

Quanto aos factores facilitadores na gestão do conhecimento que facilitam a sua actuação, salientaram:

- A realização profissional (56,9%) é o factor que os profissionais procuram neste tipo de serviço, possivelmente devido ao seu dinamismo e "adrenalina" que as situações provocam;

- As relações informais (41,5%) são importantíssimas, pois a comunicação entre os profissionais de saúde e os próprios doentes é vital nestes ambientes, não é por acaso, que a comunicação, é uma necessidade básica de qualquer ser humano;

- O domínio da tecnologia (55,4%) é um factor dominante onde a complexidade tecnológica é imprescindível, no restabelecimento das funções vitais do doente;

- A formação continua destaca-se pela actualização permanente, no domínio das situações clínicas do doente, tendo por base a satisfação das suas necessidades humanas básicas e restabelecimento do seu equilíbrio hemodinâmico;

- A partilha de conhecimento na equipa (56,9%) é considerada uma fonte de conhecimento facilitadora nessa gestão, pois a discussão de casos clínicos e da própria prestação de cuidados entre os profissionais, são uma constante nestas unidades;

- A capacidade de adaptação à mudança (67,7%) e a partilha na tomada de decisões (44,6%) são considerados factores muito importante no desempenho

dos profissionais de saúde, pois são eles que na hora têm que decidir o que é “melhor” para aquele doente, naquela situação e naquele momento;

- O trabalho em equipa (83,1%) e a humanização das relações (72,3%) são considerados factores importantíssimos para que todo o “sistema” funcione;
- Tem que existir um bom ambiente de trabalho (72,3%), para que o clima seja de abertura, onde os profissionais se realizem também pessoalmente;

Quanto às actividades dos profissionais de saúde na partilha da informação sem recursos tecnológicos, referiram:

- O apoio ao doente vem em primeiro lugar, o que se compreende pelo elevado grau de dependência em que estes doentes se encontram, quer física, emocional e socialmente. São os profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros, que passam 24 horas a seu lado, tentando satisfazer as suas necessidades básicas, estabelecendo uma comunicação verbal e não verbal com o doente e com os seus familiares, na tentativa de minimizar essa retirada brusca do seu meio familiar e social;
- O apoio aos colegas é outra actividade importante de partilha de conhecimento e que ocupa mais tempo aos profissionais de saúde, pelas mesmas razões descritas anteriormente;
- A elaboração de notas escritas e a administração de terapêutica são outras actividades que ocupam bastante tempo aos profissionais destas unidades, pois tudo deve ficar registado, para uma melhor continuidade cuidados, dado que os registos são uma forma de comunicação e transmissão de informação;
- A terapêutica, dado o estado crítico dos doentes, sofre alterações constantes em que o médico é o interveniente que prescreve, e o enfermeiro tem a responsabilidade de administrar;
- Transcrição para o papel dos dados da tecnologia de apoio vital ao doente, é outra actividade que ocupa tempo, e que funciona como partilha de informação aos outros profissionais que virão a seguir para que se conheça a evolução do estado do doente;
- A informação e as relações informais são meios de partilha de conhecimento e informação, que se reflecte na comunicação telefónica ou verbal, quer com familiares, quer com outros serviços auxiliares de diagnóstico (laboratório,

imagiologia, etc), outros serviços de especialidades (cardiologia, ortopedia, fisioterapia, etc), necessários na intervenção e tratamento do doente;

- Não são utilizadas ferramentas tecnológicas para a geração e disseminação de conhecimento, pois o que existe é conhecimento explícito em documentos.

A partilha do conhecimento na UCI, sem recurso a tecnologia é determinante para o seu funcionamento.

Na perspectiva de se saber, que factores influenciam o desempenho dos profissionais, para melhoria da qualidade do ambiente, tendo por base uma gestão do conhecimento, referiram:

- A motivação e a formação continua são os factores com bastante influência na vida profissional da equipa, pois *“cada ser humano trilha o seu próprio percurso de formação, fruto do que é e do que o contexto vivencial lhe permite que seja, fruto do que quer e do que pode ser”*. (Alarcão, 1997);

- O reconhecimento que os utentes têm pelo seu trabalho e o funcionamento geral da unidade são factores que influenciam em muito a actuação dos profissionais de saúde que nelas laboram, porque tem uma cultura própria, porque conseguem ter sempre presente o estado do doente, a continuidade de cuidados através de uma vigilância apertada;

- A autonomia e a eficaz comunicação são bastante influentes, para a tomada de decisão autónoma e responsável, assim como a existência de normas e rotinas na sua organização que introduz um mínimo de previsibilidade no comportamento de cada um, para que a continuidade e qualidade de cuidados se mantenha ao longo de todo o processo;

- Os profissionais que trabalham nestas unidades, não consideram, o prestígio social e profissional, muito influente na sua actuação;

- Perante toda esta complexidade consideram que os conhecimentos adquiridos na sua formação inicial não são totalmente suficientes para uma actuação eficaz o que vem de encontro à necessidade de formação e actualização permanente, que mencionam como segundo factor importante, para a sua actuação na UCI.

Nestas unidades a gestão do conhecimento não é um problema de tecnologia, mas ela passa pela sua utilização, no suporte e gerência da informação, para auxiliar na avaliação e reconstrução dos processos, buscando melhoria de produtividade e optimização dos cuidados de saúde.

Tendo presente que a competência representa o que a organização sabe fazer e como fazer, com o objectivo de satisfação final quer para os clientes, quer para os profissionais, faz com que a competência nestas organizações resulte das suas quatro vertentes: técnica, clínica, critica e pessoal, não havendo realce de nenhuma, pois a actuação só resulta do seu conjunto.

O conhecimento tácito e o know-how, são considerados imprescindíveis na complexidade destes meios, inseparáveis da autonomia de desempenho, própria dos seus profissionais.

A base de conhecimento existente nestas unidades resume-se ao conhecimento informal (conhecimento partilhado, experiência, Know-How, aprendizagem continua e conhecimento contextual, etc.), ao conhecimento formal através de acções de formação para melhorar procedimentos de actuação, ao conhecimento tácito e explícito (Know-How, documentos, protocolos, rotinas, regras, estudos, programas, projectos, etc.) e, às mensagens electrónicas que sustentam dados e informações em contexto de medicina intensiva.

Apesar de todo o aparato tecnológico, quer de apoio vital ao doente, quer de informação e comunicação, existente nesta organização complexa, é o capital humano, o seu valor mais precioso, em situação de risco de vida.

Não existe a figura de gestor do conhecimento mas existe alguém responsável pelo encaminhamento na sua aprendizagem e formação continua, e ainda há a gestão “automática” dentro da equipa onde os próprios elegem os “*expert*” em determinada área, e solicitam o seu conhecimento tácito, para resolução de problemas, tendo como único objectivo – cuidar o doente.

RECOMENDAÇÕES

Como recomendações após este estudo, propõe-se:

A) Planeamento e gestão dos sistemas de informação a nível da organização hospitalar.

B) Transformar alguns conhecimentos tácitos em explícitos e partilhá-los com outras unidades ou serviços do hospital, através dos sistemas de informação disponíveis.

C) Dada a preferência pela aquisição interna de conhecimento, referida pelos profissionais de saúde, propõe-se formação na área da gestão do conhecimento a nível da organização hospitalar em que a UCI se insere e a nível da própria unidade.

D) Introdução de algumas ferramentas tecnológicas, para uma transmissão e partilha da informação/conhecimento mais rápida e eficaz, tendo presente a qualidade e continuidade de cuidados de saúde, tais como:

- gestão electrónica de documentos facilitando a perda de tempo em transcrições de dados e informações;
- a utilização de todas as potencialidades dos sistemas representativos do conhecimento, tais como a intranet hospitalar, o processo electrónico do doente, como forma de disseminação do conhecimento e informação;
- a introdução de programas informáticos para o registo da prestação e avaliação dos cuidados de enfermagem, tais como o PICIS e a avaliação da carga de trabalho (TISS ou NAS);
- que o cartão de utente seja uma realidade, onde conste toda a informação sobre a saúde daquele cidadão, para um conhecimento mais pormenorizado e que decerto ajudaria numa actuação emergente.

E) Dado a motivação ser um factor essencial para os profissionais destas unidades é essencial que, as organizações de saúde consigam criar um

ambiente favorável, que sirva de alicerce à gestão do conhecimento, através de uma postura pró-activa, criativa, de confiança e de motivação, pela valorização dos seus bens intangíveis, na pele dos seus profissionais.

Como recomendação final penso que este trabalho pode ser uma porta aberta para outros nesta área onde o estudo comparativo entre unidades, seria uma aposta, com dimensões de estudo mais restritas.

Ao terminar esta dissertação, certa de que muito ficou por dizer, penso ter atingido os objectivos a que me propus e contribuir para a compreensão das práticas existentes nestas unidades, onde o conhecimento é o principal recurso da organização e onde a gestão do mesmo é inevitavelmente feita, apesar de não existir formalmente essa cultura, pois só dela resulta o produto final – cuidados de saúde. Os problemas de qualidade, custo, eficácia e eficiência resultam da capacidade de aprender e partilhar, onde o conhecimento organizacional é o factor que permite desenvolver competências de forma a elevar o nível de qualidade dos bens, serviços e processos, esperando que o *“(...) ‘choque tecnológico’ se traduza em programa focalizado nas pessoas e não nas máquinas ou nos sistemas” (Zorrinho, 2004).*

5 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALARCÃO, I. (1997) Prefácio in Sá Chaves (org) – Percursos de formação e desenvolvimento profissional. Porto Editora

ALENCAR, E. M. L. S. (1998) – Promovendo um ambiente favorável à criatividade nas organizações. Rev.. ERA, v. 38

AMENDOEIRA, J. (1999) Formação em enfermagem . Que conhecimentos? Que conceitos. Dissertação de Mestrado em Sociologia. Universidade Nova de Lisboa

AMIGUET, O.; JULIER, C. (1996) – L' intervention systémique dans le travail social. Genève. IES.

ANGELIONI, M. T. (org) (2002) – Organizações do conhecimento: infra estrutura, pessoas e tecnologia. São Paulo.Saraiva

APSIOT – Formação, trabalho e tecnologia: para uma nova cultura organizacional, Celta Editora, 1998

BACH, S. O. (2001) – A gestão dos sistemas de informação. Lisboa: Centro Atlântico, Lda

BARTLETT, C. A.; GOSHAL, S. (1998) – Características que fazem a diferença. .HSM Management,n. 9 p.66-72

BASTO, M. (1998) - Da intenção de mudar à mudança. Lisboa: Ed. Rei dos Livros

BASTO, M. (1996) – Florence Nightingale. Enfermagem em foco, SEP. 23 M/J

BERGAMINI, C. W. (1998) – A difícil administração das motivações. Ver. ERA.v. 38, nº1

BITTENCOURT, F. – A nova lógica das organizações. Acesso em 26/02/04.
<http://www.guiarh.com.br/p8.htm>

BULCAGOV, S.; TOKIKAWA, S. M. V. (2000) – O resgate do conhecimento: um estudo exploratório.

BUROWITZ, Wr; WILLIAMS, RL (2002) - Manual da gestão do conhecimento. Porto Alegre: Bookman

CAMPOS, A. C. – Saúde, o custo de um valor sem preço, Lisboa, Editora Portuguesa de Livros Técnicos e Científicos, 1983

CAMPOS, A. C. (1984) – Os hospitais no sistema de saúde português. Lisboa. Visita de estudo da federação internacional dos hospitais.

CARAPINHEIRO, G. – Saberes e poderes no hospital, Edições Afrontamento, Porto, 1993

CARRINGTON, R. C. (1994) – O internista na medicina intensiva. *Cardiologia actual* 29: 1032.8

CEITIL M. (2004) – Sociedade de gestão e competências. Edições Sílabo

CHAMPION, D. J. (1979) – A sociologia das organizações. São Paulo: Saraiva.

CHAUVENET, A. (1978) - Médecines au choix, médecine de classes. Paris: PUF.

CHIAVENATO, Idalberto – Teoria Geral da Administração, 6ª edição, Editora Campus, Vol I. Rio de Janeiro, 2001

COMISSÃO da ORDEM dos MÉDICOS (1997) – Criação da subespecialidade em medicina intensiva. Boletim da SPCI.3

COLLIÈRE, Marie Françoise (1989). Promover a vida. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Sindicato dos enfermeiros portugueses. Lisboa

COSTA, A. F. (1986) – A pesquisa de terreno em sociologia, in Silva, A. S. e Pinto, J. M. (orgs). Metodologia das ciências sociais. Porto. Afrontamento

COWLING, A.; MAILER, C. (1998) – Gerir os recursos humanos. Pub. Dom Quixote. 1ª ed.

CRES (1998) – Reflexão sobre a Saúde – Recomendações para uma Reforma Estrutural. Conselho de Reflexão sobre a Saúde. Porto

CRITAL CARE: 2010 New Horizons (1999)

CROZIER, M.; FRIEDBERG, E. (1977) – L'acteur et le système. Les contraintes de l'action colective. Paris : Seul

DAVENPORT, T. H. e PRUSAK, L. (1998) - Conhecimento Empresarial: como as organizações gerenciam o seu capital intelectual. 4ª ed. Rio de Janeiro: Campus

DELCOURT, Jacques – Novos imperativos de formação nas empresas, Revista de formação profissional, 1999

DEMO, P. (2002) - Educar pela pesquisa. 5ª ed. Campinas. Autores Associados.

DEMO, P. (2001) – Conhecimento e aprendizagem na universidade in TOMELIN, H.; GOMES FILHO, J. (org.) – Educação Gestão do Conhecimento e da Aprendizagem. Belo Horizonte. UNA

DEXTRN (2000) – Gestão baseada em competência: sumário executivo. Consultoria empresarial. São Paulo

DGS, Ministério da Saúde – O Hospital português, 1999

DONABEDIAN, A. (1990) – The seven pillars of quality. Arch Pathol Laboratórios Med.

DUNSTAN, G. R. (1985) – Hard questions in intensive care. Anaesthesia. 40

DRUCKER, Peter F. (1994) -Sociedade Pós-capitalista. São Paulo: Pioneira.

EDVINSSON, L. & MALONE, M. S. (1998) – Capital intelectual: descobrindo o valor real da sua empresa pela identificação dos seus valores internos. São Paulo: Makron Books

FERREIRA, J. M. C.; NEVES, J.; CAETANO, A (2001) – Manual de Psicossociologia das organizações, McGraw-Hill.

FONSECA, H. ^a - Análise social: As elites económicas alentejanas, 1850-1870: anatomia social e empresarial, vol. XXXI, 1996

FORTIN, M. F. (1999) – O processo de investigação. Lusociência

FRANCO, S. (1997) – Criando o próprio futuro. O mercado de trabalho na era da competitividade. 2ª ed. São Paulo: Ática.

FRIAS, Cidália de Fátima Cabral (2003). A Aprendizagem do cuidar e a morte. Lusociência

GARTNER GROUP (1998) – Tecnologia da informação. Administração do conhecimento e tecnologia: chave do sucesso. Ver. Exame. 669

GARVIN, D. e tal (1998) – Aprender a aprender. HSM Mangement. nº 9.

GIRARD, J. F. (1990). – Management of intensive care. Guidelines for better use of resources. Dorddecht/Boston/Londo: Kluwer Academish Publishers

GOLEMAN, DANIEL; BOYATZIS, RICHARD; MCKEE, ANNIE, (2002)“ –Os Novos Líderes – A inteligência emocional nas organizações”, Lisboa, Gradiva.

GONÇALVES, J. E. L. (1997) - Os novos desafios da empresa do futuro. Revista RAE, v. 37, n. 3, Set.

GRAÇA, L. (2000)– Evolução do sistema hospitalar: uma perspectiva sociológica, Lisboa, Universidade Nova de Lisboa, escola nacional de Saúde Pública; Cadeira de Ciências Sociais e Humanas, (textos, T1239 a (1242)

GRANT, R. M. (1996) – Foward a knowledge – based theory of the firm. Strategic management journal.17

HANSEN, M.T.; NOHRIA, N.; TIERNEY, T. (1999) - What's your strategy for managing knowledge? Harvard Business School.

HENRIQUES, M.; MONTEIRO, Z; LÚCIA, A. (1995) – O enfermeiro e a morte. Servir. 43 (1)

HESBEEN, W. (2001) - Qualidade em Enfermagem. Lusociência

HESBEEN, W. ((2000) – Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados numa perspectiva de cuidar. Lusociência

HESE – Congresso comemorativo do V centenário da fundação do Hospital Real do Espírito Santo de Évora – Actas, Évora, 1996

IGLÉSIAS, J. C: (1999) – Historia de la anestesia, 1ª ed. Editores Médicos S.A.

KOCK, N.; McQUEEN, R.J. ; CORNER, J. L. (1997) – The nature of da, information and knowledge exchanges in business processes: implications for process improvement and organisational learning . The Learning organization. V.4, nº2 pp70-80

KOGUT, B.; ZANDER, U.(1992) – Knowledge of the firm, combinative capabilities and the replication of technology. Organization science.3

KOVÁCS, Ilona (1992).- Novas tecnologias, recursos humanos, organizações e competitividade, in Sistemas flexíveis de produção e reorganização do trabalho. Lisboa: CESO I&D - PEDIP

KLUGE, Jurgen; STEIN, Wolfram; Licht, Thomas – Gestão do Conhecimento, 1ª edição, Editora Principia. Cascais 2002

KUBLER-ROSS, E (1996) Sobre a morte e o morrer. 7ª edição., São Paulo. Editora Martins Fontes

LEVY, P. A. (1997) - Inteligência colectiva. Lisboa : Instituto Piaget.

LIPPARINI, A.; CAZZOLA, F. ; PISTARELLIM, P. (2000) – Como sustentar o crescimento com base nos recursos e nas competências distintas. Ver. ERA. V. 40. n. 2

- LYNCH, D. E KORDIS, P. L. (1988) – Estratégia do Golfinho: A conquista de vitórias num mundo caótico. São Paulo. Cultrix/Amana
- LOUREIRO, J. L. (2003) – Gestão do conhecimento. 1ª edição. Lisboa. Centro Atlântico
- MANVILLE, B., FOOTE, N. (1996) - Harvest your Workers' Knowledge. Datanation, July)
- MELO, Luiz E. V. de (2003) Gestão do conhecimento: Conceitos e aplicações ,São Paulo, Editora Érica
- MINISTÈRIO DA SAÚDE. DRHS (2000) – Ensino de enfermagem. Processos e percursos de formação. Balanço de um projecto.
- MINTZBERG, Henry (1995) – Estrutura e dinâmica das organizações. Lisboa: Pub. Dom Quixote
- MINTZBERG, Henry ; HEYDEN, Ludo Van der – Organigraphs: Drawing How Companies Really Work, Harvard Business Review, Setembro-Outubro, 1999
- MORIN, E. . Introdução ao pensamento complexo. Colecção Epistemologia e Sociedade. Instituto Piaget. Lisboa, 2001 (3ª edição).
- MORIN, E. (1980). O método. A vida da vida. Publicações Europa –América, Volume II
- MORIN, E. (1992) – Penser la complexité. Paris. ESF
- MORRIS, J. K. (1994) – Talking to friends talking to me – Na interpretation of refugee experiences in re/estlablising in Toronto (Ontário), Yourk university (Canada). PHD. Advisor: Greer-Wootten, Bryn in: Proquest – Dissertation Abstracts
- MSI - Livro Verde para a Sociedade da Informação em Portugal. Missão para a Sociedade da Informação, Ministério da Ciência e da Tecnologia, Lisboa, 1997
- MURRAY, P. C. – New language for new leverage: The terminology of knowledge management (KM). <http://www/ktic.com/topic/13>
- NAISBITT, John. (1987) - Megatendências: as dez grandes transformações ocorrendo na sociedade moderna. São Paulo: Amana..
- NEVES, ARMINDA (2002), - Gestão na Administração Pública, Cascais, Pergaminho.

NEVES, P.; Magalhães, R. (2000) – Um modelo para a investigação da aprendizagem de sistemas de informação nas organizações. Comunicação apresentada na 1ª conferência da APSI. Guimarães

NEVIS, E.; DIBELLA, A.; GOULD, J. (1996) – Understanding as learning systems http://learning.Mit.edu/res/wp/learning_sys.html

Nobrega; C. (1999) – Em busca da empresa quântica. Rio de Janeiro. Ediouro

NONAKA, I.; TAKEUCHI, H. (1995) – The knowledge creating company. NewYork. Oxford University Press

NONAKA, I.; TAKEUCHI, H. (1997)- Criação de Conhecimento na Empresa: como as empresas japonesas geram a dinâmica da inovação. 7ª ed. Rio de Janeiro: Campus.

O'DELL, C.; GRAYSON JR., C.J. (2000) - Ah ... se soubéssemos antes o que sabemos agora – as melhores práticas gerenciais ao alcance de todos. São Paulo: Futura.

OLIVEIRA JUNIOR, M. de M. (1999) - Linking strategy and the knowledge of the firm. Revista RAE. v. 39, n.4, Out./Dez.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1985) – As metas da saúde para todos, Lisboa: OMS

PRAHALAD, C. K.; HAMEL, G. (1990) – The core competence of the corporation. Harvard business review.M/J

PEDRO, J. M. – As redes: novas formas de organização, Dirigir (72), Março/Abril, 2000

PEREIRA, O. G. (1999) – Fundamentos de comportamento organizacional. Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian

PERROW, C. B. (1972) – Análise organizacional: um enfoque sociológico. São Paulo: Atlas

PETERS, J. (1998) - Um programa de estudos. HSM Management, n. 9, p. 74-80, junho-agosto, 1998.

PINHEIRO, A. (1994) – Conceito de unidade de cuidados intensivos. Acta Médica Portuguesa 7:5-3

PIRES, A. (1994) – As novas competências profissionais. Formar.10.4-19

PORTER, M. – Estratégia competitiva, Editora Campus, 6ª edição, Lisboa, 1992

PORTUGAL, Ministério da Saúde. Direcção de Serviços de Planeamento. Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento. – Lisboa: Direcção geral de Saúde, 2003 – 72p

PORTUGAL, Ministério da Saúde. – Decreto-Lei 412/98 – Reestruturação da carreira de enfermagem. Lisboa. Diário da República. I Série (300), 30 de Dezembro. Pp7257-7264

PORTUGAL, Ministério da Saúde, Dec-Lei 114/97 – Ordem dos Médicos?????

PORTUGAL, Presidência do Conselho de Ministros – Resolução do Conselho de Ministros nº 107/2003 – Aprova o plano de acção para a sociedade de informação, principal instrumento de coordenação estratégica e operacional das políticas do XV Governo Constitucional para o desenvolvimento da sociedade da informação em Portugal . 12 de Agosto. pp 4794 - 4832

QUINN, J.B. (1992) Intelligent enterprise: a knowledge and service based paradigm for industry. Nova York: The Free Press.

QUIVY, R.; CHAMPENHOUT, Luc V. (1992) –Manual de investigação em ciências sociais. Lisboa: Gradiva

WHO – Relatório Mundial de Saúde 2000

RODRIGUES, Jorge N. – Cábula para o gestor prevenido em tempos de mudança de ciclo, *Dirigir* (70), (Nov/Dez), 2002

RASCÃO, J. – Análise estratégica. Sistema de informação para a tomada de decisão estratégica, 2ª edição, Edições Silabo. Lisboa, 2001

RUDIO, F.V. (19886) – Introdução ao projecto de pesquisa científica. São Paulo: vozes

SANTOS, F. L. dos – Os modos da estratégia empresarial através dos tempos, *Dirigir* (48), Março/abril, 1997

SENGE, P. (1990) – The fifth discipline: The art and practice of learning organization. Nova Iorque: currency doubleday

SENGE, P. (1998) - As cinco disciplinas. In: HEINKE, M. *As HSM Management*, n. 9, jun-ag.

SPENDER, J.C. (1996) – Competitive advantage from tacit knowledge? Unpacking the concept and its strategic implications. In Moignon B.; EDMOND, A. (eds) *organizational learning and competitive advantage*. Londres: Sage

SERRANO, A; FIALHO, C. – “Gestão do conhecimento. O novo paradigma das organizações”, Editora FCA. Lisboa, 2003

SERRANO, A.S. (1997). Sistemas de Informação de Potencial Estratégico. Évora, Universidade de Évora.

SOURNIA, J. C. (1995) – Mythologies de la Médecine Moderne. Paris. PUF

SIEVERS, B. SIEVERS, B. (1997) - Reflexões sobre a relação entre o trabalho, a morte e a própria vida. Revista RAE, v. 37, n. 3 Set.

SILVA, R. V.; NEVES, A. (2003) – Gestão de empresas. Na era do conhecimento. Ed. Sílabo, Lda

Society of Critical Care Medicine Ethics Committee. Consensus Statement on the triage of critically ill patients. JAMA (1994); 271: 1200-3

SOUZA, Raquel Push et al (2004). Humanização em cuidados intensivos. Rio de Janeiro: Revinter Lda.

SPITZER, Q.; EVANS, R. (2000) - Conquistando cabeças. Rio de Janeiro: Campus

STEUDLER, F. (1974).: L'hôpital en observation. Paris: Armand Colin.

SVEIBY, K. E. (1997) – The new organizational wealth: managing and measuring knowledge – based assets. São Francisco. Berrett-Kochler Publishers

TAPSCOTT, D. (1998) - Make knowledge an asset for the whole company. Computerworld, v. 32, n. 51. Dec 21.

TEIXEIRA FILHO, J. (2000) - Gerenciando conhecimento. Rio de Janeiro. Senac

TERRA, J. C. C. (2000). Gestão do conhecimento – o grande desafio empresarial. São Paulo. Negócio Editora

TIWANA, A. (2000) – The knowledge management toolkit, Prentice-Hall

TJADEN, Gary S. (1996). Measuring the informatio age business. Technology analysis & strategic management. V. 8

TOFFLER, A. (1980) – A terceira onda. São Paulo

TOFFLER, A. (1990) – Powershift: Knowledge, wealth and violence at the edge of the 21 st century. Nova Iorque. Bantam books

TZU, S. (2002). A Arte da Guerra. Coisas de Ler Edições. (3ª Edição).

WEBER, A. (1993) – What's so new about the new economy. Harvard business review, Jan-Fev.

VALA, J. ; MONTEIRO M.; LIMA L.; CAETANO A. (1994) – Psicologia social das organizações. Celta Editora

VON HIPPEL, E. (1998) – The sources of innovation. Cambridge M. A. Mit Press

ZORRINHO, C. (1991). A gestão da informação é a alma do negócio?. Universidade de Évora. Évora (working paper).

ZORRINHO, Carlos (1991) Gestão da Informação, Lisboa, Editorial Presença

ZORRINHO, Carlos (1995) – Gestão da informação, condição para vencer. IAP-MEI

ZORRINHO, Carlos e outros (1999) – Terceira via . Fenda

ZORRINHO, Carlos (2001) Ordem, Caos e Utopia, Lisboa, Editorial Presença

ZORRINHO, C.; SERRANO, A; Lacerda, P. (2003) – Gerir em complexidade. Um novo paradigma da gestão. Ed. Sílabo, Lda

Links consultados

<http://www.cni.org.br/links/links-at-gestaoconhecimento.htm>

<http://www.zipsaude.com.br/telemedicina.htm>

<http://www.qca.pt/po/dowlad/saude.pdf>

[http://www.virtual.epm.br/material/tis/curr-med/temas/med5/..](http://www.virtual.epm.br/material/tis/curr-med/temas/med5/)

<http://www.index-f.com>

<http://www.spci.org>

<http://www.cidade.usp.br/textos/maisinfo.html>